St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXII. JAHRGANG
(NEUE FOLGE XIV. JAHRGANG).

St. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Prosp., Nr. 15.
1897.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

N.

R.

S.

T.

Namen-Register.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, (16.) 4. Januar 1897

Zur Behandlung der Gicht (Arthritis urica) und speciell von der Behandlung der chronischen Formen dieser Krankheit.

Von

Dr. F. Levison,

Kreisarzt in Kopenhagen.

Vorgetragen am 10. December 1896 im Verein St. Petersburger Aerzte von Dr. Hirsch.

Noch vor wenigen Jahren konnte man mit Recht darüber klagen, dass das Studium der Stoffwechselanomalien und besonders der Arthritis urica lange Zeit hindurch brach gelegen hatte; in den letzten 5—10 Jahren hat sich aber dies gründlich geändert. Es ist eine Menge von Detailuntersuchungen publicirt worden, die unsere Kenntnisse von der Harnsäurebildung, von der relativen Menge der Harnsäure der Xanthinbasen und des Harnstoffes im Urin der Gichtiker u. s. w. vielfach erweitert haben, und diese Untersuchungen haben sowohl zu einer eingehenden Diskussion der älteren Anschauungen über das Wesen der Gicht, als auch zur Aufstellung von neuen Theorien geführt.

Obschon es aus dem Resultate der Diskussion unzweifelhaft hervorgeht, dass die alte, hergebrachte Therapie der Gicht in allen Beziehungen sehr schwach fundirt ist, kann man dennoch nicht behaupten, dass dieses Ergebnissdie routinemässige Behandlung der Gichtiker wesentlich modificirt hätte.

Noch immer geht es nach dem alten Schema; jährlich werden Hunderte von Gichtikern nach Carlsbad, Vichy Wiesbaden etc. geschickt, um dort mit dem alkalischen Quellwasser überfüllt zu werden ohne Rücksicht darauf, dass der Erfolg dieser Therapie meistens nur in akuten Gichtattaquen besteht, die ohne die Brunnenkur wahrscheinlich hätten vermieden werden können, und noch immer können selbst baroke Uebertreibungen der alkalischen Gichttherapie, wie z. B. die kurmässige Anwendung des vielreklamirten Wiesbadener Gichtwassers, gläubige Anhänger finden.

Dies findet seine Erklärung theils im zähen Widerstand des Hergebrachten, der sich in 5 oder 10 Jahren nicht überwinden lässt, theils in dem fatalen Umstand, dass sich die Forscher nicht immer über die Tragweite der gewonnenen Erfahrungen haben einigen können, und dass es viel leichter gewesen ist die Unzulänglichkeit der älteren Therapie nachzuweisen, als die Grundlage einer neueren und besseren zu legen. Besonders den chronischen und schleichenden Formen der Gicht gegenüber, die ein Gelenk nach dem anderen ergreifen und unbrauchbar machen, bis der Patient zu einem unbeweglichen Invaliden geworden ist, war die ärztliche Kunst immer recht rath- und machtlos und hat sich meistens mit der undankbaren Rolle des Zuschauers begnügen müssen; weder Arzneimittel. Massage noch Bäder sind im Stande dem Fortschreiten der Krankheit Einhalt zu thun oder die schon ergriffenen Gelenke wieder brauchbar zu machen.

Im Nachstehenden ist es meine Absicht die Behandlung zu skizziren, die ich in der letzten Zeit angewandt habe und die Resultate derselben mitzutheilen; es ist daher hier nicht der Ort die verschiedenen Theorien der Gicht zu erörtern und zu vergleichen, doch muss es mir gestattet sein in wenigen Worten die Grundanschauung anzugeben, die ich mir über die Natur der Gicht gebildet habe, und die mich bei der Behandlung geleitet hat.

Es findet sich die nähere Ausführung und Begründung dieser Theorie in zwei früheren Arbeiten, nämlich «die Harnsäurediathese» Berlin 1893, und in einem Aufsatz «zur Pathogenese der Gicht» in der Zeitschrift für klinischem Medicin 1894.

Nach meiner Auffassung wird die Gicht, deren wichtigstes Symptom das Ausfallen von Biurat im Körper ist, durch Retention von Harnsäure im Blute verursacht, wenn die Nieren längere Zeit hindurch unfähig sind die ganze Quantität der im Körper gebildeten Harnsäure zu eliminiren. Wenn die Harnsäure somit längere Zeit im Blute verweilen muss, bildet sich, wie

Roberts gezeigt hat, das schwer lösliche Biurat, das sich in den Gelenken u. s. w. ablagert. Die Harnsäureretention beruht immer auf einem krankhaften Zustand der Nieren; so lange diese gesund sind, werden selbst excessiv grosse Mengen von Harnsäure ohne Schwierigkeit eliminirt wie das vorübergehend bei Pneumonie, Monate und Jahre lang bei Leukaemie beobachtet werden kann, und wie es auch Ebstein und Nicolaier neulich experimentell nachgewiesen haben. Das Missverhältniss zwischen dem im Körper gebildeten Quantum von Harnsäure und der zur Ausscheidung gelangenden Partien derselben ist aber nicht konstant; es kann dadurch gesteigert werden, dass plötzlich abnorm grosse Mengen von Harnsäure gebildet werden, oder dadurch, dass die Nieren vorübergehend schlechter functioniren; andererseits kann es auch Perioden geben, wo die kranken Nieren wieder leistungsfähiger werden und wo schon abgelagerte Biuratdepots wieder aufgesogen und eliminirt werden. Wenn lange Zeit hindurch minimale Mengen von Harnsäure zurückgehalten werden, entstehen die chronischen, schleichenden Formen von Gicht, die ohne akute Attaquen verlaufen.

Wie alle Autopsien Arthritiker beweisen, findet man bei Arthritis immer die Nieren granulär-atrophisch und dieses Nierenleiden wird, wie ich in einer früheren Arbeit dargelegt habe, immer zu Retention von Harnsäure und zur Entwickelung von arthritischen Processen führen; dabei muss aber erinnert werden, dass es Nierenleiden giebt, die bei grob-anatomischer Betrachtung der eigentlichen granular-atrophischen Niere sehr ähnlich sind, wie das besonders von den syphilitischen atrophischen Nieren gilt, die aber doch sowohl rücksichtlich der pathologischen Entwickelung als der feineren anatomischen Aenderungen ganz andere Verhältnisse zeigen als die genuine Granularatrophie und die daher auch keine Harnsäureretention verursachen.

Die eigentliche Granularatrophie kann in verschiedener Weise entstehen:

1) Giebt es eine hereditäre Form, die sich meistens im Kindesalter oder doch im frühen Jünglingsalter entwickelt, und für welche wir keine andere ätiologischen Momente, als eben die Heredität kennen.

2) Kann die Granularatrophie der Nieren durch Gifte verursacht werden; genauer bekannt ist nur das durch Bleiintoxication hervorgerufene Nierenleiden; es ist sowohl klinisch als experimentell documentirt, dass die chronische Bleivergiftung sehr früh zu einem Leiden der Nierenepithelien führt, das später mit Neubildung von Bindegewebe und Schrumpfung complicirt wird.

3) Wird eine mechanische Irritation des Nierengewebes, die lange Zeit hindurch fortdauert, Schrumpfungsprocesse und Granuläratrophie hervorrufen; diese Irritation entsteht bei weitem am haufigsten durch Ausfallen von Harnsäurekrystallen und kleinsten Concrementen, die schon in den feineren Nierenkanälchen gefunden werden können. Das primäre Leiden ist hier eine Stoffwechselanomalie, die eine Aenderung der chemischen Constitution des Urins und dadurch das Ausfallen der Harnsäure verursacht, während es nur in zweiter Reihe darauf ankommt, ob die Harnsäure im Körper in normaler oder in abnorm grosser Quantität gebildet wird.

Von dieser Betrachtung der Gicht als eine Folgekrankheit des Nierenleidens ausgehend, wird es möglich sein eine rationelle Therapie der Gicht zu formuliren.

A) Die Prophylaxis der Gicht wird zwei Aufgaben haben, theils der Entwickelung der Krankheit vorzubeugen, theils wenn die erste Gichtattaque schon dagewesen ist, das Eintreten der späteren Attaquen nach Möglichkeit zu hindern; bei der Prophylaxis wird auch die Diätfrage zu besprechen sein.

Um die Entwickelung der Arthritis urica zu hindern wird man in der Hauptsache darauf hingewiesen die Nierenleiden zu behandeln, die zur Arthritis führen können. Der hereditären, primären Granularatrophie der Nieren gegenüber ist die Therapie ziemlich machtlos; man muss sich darauf beschränken die gewöhnlichen Vorsichtsmassregeln zu beobachten, gegen feuchte Kälte, Excesse in Spirituosen sowie in allen anderen Beziehungen warnen, und dem Patienten nach dem Beispiel der Englischen Aerzte (Dickinson) den Aufenthalt in einem warmen, trockenen Klima anrathen. Glücklicherweise ist diese Form von Granularatrophie nicht sehr häufig.

Wenn das Nierenleiden durch chronische Bleivergiftung verursacht ist, muss man den Patienten der fortgesetzten Einwirkung des Giftes entziehen, oder wenn dies nicht möglich ist, durch hygienische Massregeln, als Ventilation, Reinlichkeit, etc. den Organismus gegen die Aufnahme des Bleies zu schützen versuchen.

Bei der dritten und häufigsten Entstehungsweise der Granularatrophie, wenn diese durch fortdauerndes Ausfallen von Harnsäurekrystallen in der Niere verschuldet ist, wird die Prophylaxis der Gicht darin bestehen, die chemische Constitution des Urins in der Weise zu ändern, dass die Harnsäure fortan in Lösung bleibt, und dass die schon in den Nieren abgelagerten Concremente, wo möglich, aufgelöst oder weggespült werden.

Frühere Autoren haben dabei ein besonderes Gewicht auf die Grösse der Harnsäureproduction gelegt und die Quantität dieser zu verringern gesucht. In Folge der allgemein angenommenen Theorie, dass die Harnsäure ein Oxydationsproduct der Albuminate sei, hat man vielfach die Menge der thierischen Albuminate in der Kost so viel als möglich beschränken wollen; einige Autoren haben sogar eine rein vegetabilische Diät angerathen. Zahlreiche und sorgfältig ausgeführte Stoffwechselversuche haben jedoch unwiderleglich bewiesen, dass die Harnsäuresecretion sich fast garnicht durch die Menge der mit der Nahrung eingeführten Albuminate beeinflussen lässt; dieselbe Person scheidet ungefähr dieselbe Menge von Harnsäure aus bei Fleischdiät, bei gemischter Kost und bei rein vegetabilischer Diät. Poulsson hat eine Erfahrung veröffentlicht, die in augenfälliger Weise illustrirt, wie wenig die Entwickelung der Gicht sich durch Beschränkung der Eiweisszufuhr verhindern lässt; die Beobachtung betrifft den Hungerkünstler Jaques, der in Christiania unter strenger Beaufsichtigung fastete, und der am 25-ten und 26-ten Hungertag von einer acuten Gichtattaque befallen wurde.

Da die Grösse des im Körper gebildeten Harnsäurequantums nicht von eingreifender Bedeutung ist, und da sie sich nicht nach der Zufuhr der Albuminate richtet, muss die Diät darauf berechnet sein, den Verlust des Körpers zu ersetzen, ohne überflüssige und schwer zu bewältigende Mengen von Nahrung einzuführen, und dabei müssen besonders alle Nahrungs- und Genussmittel verboten werden die eine Irritation der Nieren verursachen können. Da die Untersuchungen Kossel's, Horbazewski's und vieler anderer Autoren dargelegt haben, dass man durch Fütterung mit Thymusdrüse oder mit reinem Nuklein die Grösse der Harnsäureproduction fast in beliebiger Weise steigern kann, ist der Genuss der Nucleinreichen Drüsen und Gewebe, als Thymusdrüse, Leber, Niere, Pankreas etc. selbstverständlich abzurathen. Auch das Eigelb ist etwas suspect gewesen; seitdem aber Kossel gefunden hat, dass das Paranuklein des Eigelbes sich nicht wie das Nuklein in Harnsäure oder Xanthinbasen umwandeln lässt, ist der mässige Genuss von Eiern auch Gichtikern zu gestatten.

Alle Autoren sind jetzt darüber einig Spirituosen und besonders den Genuss von concentrirten, alkoholischen Getränken zu verbieten; erfahrungsmässig haben Excesse

in Baccho oft zu acuten Gichtattaquen geführt, und dies lässt sich wohl dadurch erklären, dass der Alkoholgenuss sowohl die Harnsäureproduction steigert, als auch die Nieren belästigt und direct schädigt.

Auch durch den Genuss von Kaffee scheint die Harnsäureproduction grösser zu werden.

Sehr wichtig für die Prophylaxis der Gicht ist ferner die rationelle und consequent durchgeführte Behandlung eines jeden Falles von Nierengries, die am besten angefangen werden muss bevor noch die Nierenirritation sich durch Koliken oder andere Symptome gezeigt hat, wenn nur die makro- oder mikroskopische Untersuchung des Urins dargethan hat, dass die Harnsäure aus dem Urin ausfällt in Form von Krystallen oder Krystallagglomeraten. Diese Behandlung muss sowohl diätetisch sein (Verbot von harnsäurebildenden Nahrungsmitteln, Spirituosen, Kaffee) als auch darauf zielen die gebildete und secernirte Harnsäure in Lösung zu erhalten.

Es muss daher eine reichliche Quantität von Flüssigkeit, am besten gekochtes Wasser oder Milch, dem Körper zugeführt werden um den Urin zu diluiren; Mineralsäuren dürfen nicht gegeben werden, während die Pflanzensäuren und besonders die pflanzensauren Alkalien sich im Körper in kohlensaure Alkalien umwandeln und daher ohne Schaden genossen werden können. Es muss ferner dem Urin durch Zufuhr von Alkalien die Fähigkeit gegeben werden, Harnsäure in Lösung zu erhalten, wie man das schon von Alters her gemacht hat. Dabei ist aber zielbewusst vorzugehen, und nicht, wie man es früher vielfach gemacht hat, unbegrenzte Mengen von Alkalien darzureichen.

Die zu grosse Zufuhr von Alkalien ist nämlich aus zwei Ursachen unstatthaft; erstens läuft man die Gefahr, wenn der Urin längere Zeit hindurch alkalisch gemacht wird, durch Ausfallen von Phosphaten etwaige schon gebildete Harnsäureconcremente zu vergrössern, und zweitens kann man bei Patienten, deren Nieren schon geschädigt und in deren Blut eine Aufstauung von Harnsäure schon angefangen hat, eine acute Gichtattaque hervorrufen, indem man dem Blut und Geweben übergrosse Mengen von Natronsalzen zuführt. Die Wirkung der Alkalien muss daher durch häufige Prüfung der Reaktion des Urins, besonders des Morgenurins, sowie durch Microscopirung des nach Centrifugiren des Urins gebildeten Bodensatzes constatirt werden.

Wenn die Reaction des Morgenurins nur schwach sauer ist, und wenn man nach Centrifugiren keine Harnsäurekrystalle oder drusenförmige Schollen von Harnsäure im Bodensatz finden kann, ist alles erreicht, was durch Zufuhr von Alkalien erreichbar ist, gleichviel ob dies durch Verordnen von doppelkohlensaurem Natron, von Vichy, Faschingen oder irgend einem anderen alkalischen Brunnen geschehen ist: jede Vergrösserung der täglichen Dosis ist dann unnütz und kann direct schädlich werden. In Anerkennung der durch Uebertreibung der alkalischen Therapie entstehenden Gefahr hat neulich v. Norden den kohlensauren Kalk bei der Behandlung von Harnsäuregries empfohlen; der kohlensaure Kalk geht in den Harn nicht über, verbindet sich aber im Darm mit Phosphorsäure und wird grösstentheils als phosphorsaurer Kalk mit den Fäces entleert; da dem Urin in dieser Weise Phosphorsäure entzogen wird, bildet sich Dinatriumphosphat in reichlicherer, Mononatriumphosphat in geringerer Menge und obgleich der Urin sauer bleibt, wird die Harnsäure in Lösung gehalten; v. Norden hat schon viele Patienten in dieser Weise behandelt und guten Erfolg davon gesehen.

B) Auf die Behandlung der acuten Gichtattaque werde ich nicht näher eingehen; als schmerzlinderndes Mittel hat mir Colchicum die besten Erfolge gegeben, einige Patienten geben Liq. Laville den Vorzug; obgleich nach der Mittheilung der Fabrikanten dies Geheimmittel kein Colchicum enthält, scheint seine Wirkung doch ganz ähnlich zu sein. Werden die Attaquen protrahirt oder folgen mehrere Attaquen einander nach kurzer Zeit ohne den Colchicumpräparaten weichen zu wollen, kann die Salicylsäure bisweilen auffallend schnelle Besserung hervorrufen.

C) Ich komme jetzt zu meinem eigentlichen Thema: die Behandlung der Steifigkeiten und Deformitäten, die nach wiederholten Attaquen von acuter Gicht zurückbleiben, oder die sich bei der chronischen Gicht langsam aber sehr hochgradig entwickeln. Während alle Verfasser die über die Therapie der Gicht geschrieben haben, die Behandlung der acuten Attaquen ausführlich besprechen, werden alle auffallend wortkarg, wenn es zur Behandlung der chronischen Gicht kommt.

Auch in den Specialarbeiten über Gicht als z. B. bei Ebstein, Pfeiffer, Lecorché findet man ausser den gewöhnlichen, mehr oder weniger wohl begründeten diätetischen Vorschriften als Behandlung nur Massage, Jodpinselungen, Points de feu erwähnt, und als Hauptmittel die Behandlung entweder in den eigentlichen Thermen, wie Ais-les-bains, Aachen etc. oder in Moorbädern wie Eilsen, Franzensbad, Sandefjord in Norwegen etc.

Neulich hat doch Grawitz als neues Mittel heisse Sandbäder empfohlen. Der vollständig getrocknete Sand wird zu einer Temperatur von 40—50° erwärmt und das kranke Gelenk damit bedeckt; ich habe das heisse Sandbad bei mehreren Patienten versucht, in keinem Fall von Arthritis aber günstigen Erfolg davon gesehen; als schmerzlinderndes Mittel bei Nervenleiden ist das Sandbad dagegen sehr nützlich, wie ich das besonders bei einer Neuritis der Armnerven nach Influenza habe beobachten können.

Da die theurapeutischen Mittel so unzureichend sind und immer wieder Patienten zur Behandlung kommen, die ohne jeglichen Erfolg die ganze Reihe der gewöhnlichen Behandlungsweisen durchprobirt haben, ist es von selbst einleuchtend, dass derjenige, der sich mit der Gicht beschäftigt, grosse Neigung spüren muss, jede neue Behandlung zu prüfen, wenn sie nur irgend welche Hoffnung eines Erfolges verspricht. Als solche betrachte ich jedoch nicht die ganze Reihe der neuen chemischen Präparate, die in den letzten Jahren das Licht gesehen haben als da sind: Piperazin, Lysidin, Lycetol und wie sie alle heissen; es lag keine Versuchung vor sie in Anwendung zu bringen; erstens war die Motivirung ihrer Heilkraft nicht eben überzeugend, und zweitens folgten den übertriebenen Lobpreisungen immer ernste Worte einer absprechenden Kritik so schnell und mit so vernichtender Wirkung, dass diese Mittel sich selbst in unserer schnell lebenden Zeit durch ihre kurz dauernde Popularität und schnelles Vergessenwerden ausgezeichnet haben.

Viel mehr versprechend ist die Behandlung, über welche ich im Nachstehenden berichten werde und die man wohl die electrolytische Behandlung benennen kann. Es ist schon lange her, dass man die Electricität bei der Behandlung rheumatischer und arthritischer Leiden in Anwendung gebracht hat und man findet auch bei verschiedenen Autoren angegeben, dass es mit Hülfe des constanten oder des inducirten Stroms gelungen sei, Muskelcontracturen zu bessern und vielleicht auch die Resorption gichtischer Ablagerungen zu beschleunigen: diesen Mittheilungen gegenüber stehen aber die Erfahrungen anderer Autoren, welche von der Anwendung der Electricität bei der Behandlung der Arthritis absolut keinen Nutzen gesehen haben.

Es ging daher recht unbeachtet vorüber als der berühmte amerikanische Electriker Edison 1890 dem internationalen medicinischen Congress der Medicin einen Aufsatz überreichen liess «Ueber die Anwendung

der electrischen Endosmose für die Behandlung der Gichtablagerungen« und dies war noch erklärlicher dadurch, dass die Mittheilung der Section für Hautkrankheiten und Syphilis zugestellt wurde.

Die Mittheilung Edison's enthält den Bericht über verschiedene Experimente. Eine Glasröhre von grossem Kaliber wurde an einem Ende mit einer Schafsblase verschlossen, die ein Diaphragma von 44 Quadr.-Cent. bildete; die Röhre wurde mit schwach angesäuertem Wasser gefüllt und das verschlossene Ende ungefähr 1 Ctm. tief in eine 2,5-proc. Lösung von Lithion eingetaucht, in welcher auch der positive Pol (Platin) einer electrischen Batterie angebracht war, während der negative Pol mit dem Wasser in der Röhre in Verbindung gebracht war. Nachdem ein Strom von 150 Milleampères während 75 Minuten durchgeleitet war, wurde duich chemische Analyse des Inhalts der Röhre soviel Lithion darin gefunden, dass durch Sättigung mit Phosphorsäure 0,5 Grm. phosphorsaures Lithium nachgewiesen werden konnte; durch einfache Endosmose konnte in derselben Zeit nur soviel Lithion durch die Membran passiren, dass daraus 0,3 Grm. phosphorsaures Lithion gebildet werden konnte.

Ein 20-jähriger gesunder Mann hielt seine rechte Hand in einer 2% Lösung von Chlorlithion, während die linke Hand in eine schwache Chlornatriumlösung eingetaucht war; der positive Pol einer electrischen Batterie war in der Lithionlösung, der negative Pol in der Chlornatriumlösung angebracht. Ein Strom von 4 M.-A. wurde zwei Stunden täglich durchgeleitet und diese Behandlung im Ganzen 6 Tage oder 11 Stunden fortgesetzt. Während dieser Zeit wurde der Urin der Versuchsperson gesammelt und das mit dem Urin ausgeschiedene Lithion als Chlorlithion bestimmt und in einer Quantität von 0,55 Grm. gefunden.

Endlich hat Edison den therapeutischen Werth der Methode dadurch geprüft, dass er die kranke Hand eines Arthritikers 8 Tage hindurch 4 Stunden täglich mittelst eines electrischen Stromes von 20 M. A. durch Lithionbad behandelte und zwar mit dem Resultate, dass sowohl die Schmerzen als die Anschwellungen der Hand und der Finger sich verringerten.

Edison erklärt die Einwirkung der Electricität dadurch, dass sie die Endosmose des Lithions steigert und eine ähnliche Deutung ist von Foveau de Courmelles angenommen worden, der übrigens nur mit todten thierischen Membranen gearbeitet hat, ohne die Sache weiter zu verfolgen.

Eine wirkliche theoretische und praktische Durcharbeitung hat diese Methode aber erst durch einen französischen Forscher Labatut gefunden. Labatut hat Edison's Lehre von der Kataphorese oder der durch die Electricität gesteigerten Endosmose nicht acceptiren können; nach seiner Auffassung findet immer bei Anwendung der constanten Electricität eine electrolytische Wirkung statt, so dass die Lösungen in Säuren und basische Stoffe gespalten werden. Es dringen dann die basischen Stoffe beim positiven Pol in den Körper hinein und bewegen sich in diesem mit dem Strom gegen den negativen Pol (folgen dem hinuntersteigenden Strom) während die Säuren beim negativen Pol eindringen und sich im Körper gegen den positiven Pol bewegen (dem aufsteigenden Strom folgen). Dass dies wirklich der Fall ist hat Labatut durch Versuche sowohl mit todten thierischen Geweben als mit lebenden Thieren gezeigt.

Ein 10 Centim. langes ausgeschnittenes Stück vom M. glutäus eines Pferdes wurde in eine rectanguläre Glaswanne in der Weise hineingepresst, dass an jedem Ende ein freier Raum blieb in welche eine 5% Lithionlösung hineingegossen wurde. Die Kohlenelectroden einer electrischen Batterie wurden in die Lithionlösung an beiden Seiten hineingetaucht ohne das Muskelstück zu berühren und ein Strom von 80 M.-A. eine Stunde lang durchgeleitet. Nach Beendigung des Versuches wurde das Muskelstück sorgfältig abgewaschen und in 8 Stücke getheilt, in der Weise, dass die Schnitte vertical zur Stromrichtung fielen. Es war jetzt möglich, im Muskelstück Lithion nachzuweisen und zwar war die eingedrungene Quantität von Lithion in der Weise vertheilt, dass 5/6 der ganzen Menge in dem an den positiven Pol grenzenden Theil gefunden wurde, 1/6 in dem darauf folgenden Abschnitt, während in den übrigen Muskelstücken kein Lithion aufzufinden war, mit Ausnahme des letzten Schnittes der mit dem Lithionbad in Berührung gewesen war und durch Imbibition eine Spur von Lithion aufgenommen hatte.

Bei den Versuchen mit lebenden Thieren hat Labatut das arsensaure Natron angewandt und es musste dann nach der Theorie die Arsensäure am negativen Pol in den Körper eindringen. Der Versuch wurde in der Weise geordnet, dass zwei Glaswannen mit einer 3% Lösung von arsensaurem Natron gefüllt wurden und die beiden Hinterpfoten eines Kaninchens jede in eine Wanne eingetaucht wurden. Nachdem ein Strom von 20 M.-A. eine Stunde lang durchgeleitet war, wurden die Hinterpfoten sorgsam gereinigt und abgewaschen, das Kaninchen getödtet und in mehrere Stücke getheilt und die Hinterpfoten etwas oberhalb der Berührungslinie mit der Arsenlösung abgelöst. Bei der jetzt vorgenommenen, sehr genau durchgeführten chemischen Analyse wurde in der rechten Hinterpfote (negative Pol) 1,40 Milligramm Arsen, in der linken Hinterpfote (+ Pol) 0,15 Milligr. Arsen gefunden. Im rechten Schenkel, der die Flüssigkeit nicht berührt hatte, fand sich 0,10 Milligram Arsen, im linken Schenkel 0,02 Mg.; ebenso wurden minimale Mengen von Arsen im Blut, in der Leber und in anderen Organen gefunden. Es war somit bewiesen, dass das Arsen am negativen Pol in den Körper eindringend sich mit dem aufsteigenden electrischen Strom im Körper gegen den positiven Pol bewegt

Noch evidenter trat dies hervor, als die eine Pfote eines lebenden Kaninchens in eine 5% Lösung von arsensaurem Natron, die andere in eine 5% Lösung von Chlornatrium eingetaucht wurde; wenn der Strom in der Weise durchgeleitet wurde, dass der negative Pol im Arsenbade angebracht war, wurde nach Beendigung des Versuches 1,50 Mg Arsen in der entsprechenden Pfote gefunden; wenn aber der positive Pol mit der Arsenlösung in Verbindung gebracht war, der negative Pol mit der Chlornatriumlösung, konnte man nach einer electrischen Séance von derselben Dauer (1 Stunde) nur 0,15 Mg. Arsen in der entsprechenden Pfote nachweisen; diese Quantität von Arsen muss somit durch gewöhnliche Hautabsorption aufgenommen worden sein, wie es sich auch zeigte, wenn man den Versuch ohne Beihülfe des electrischen Stroms wiederholte.

Durch diese Versuche hat Labatut bewiesen, dass es möglich ist, mit Hülfe des electrischen Stroms Arzneimittel oder Gifte in den Körper einzuführen und dass man ebenfalls im Stande ist, die Aufnahme des eingeführten Arzneimittels auf einen beliebigen Körpertheil zu concentriren, von wo es erst später absorbirt und durch die Circulation auf den gesammten Körper vertheilt wird.

Durch Wiederholung der Versuche Edison's war es auch Labatut leicht nachzuweisen, dass man mittelst der Electricität Lithion durch die gesunde Haut eines Menschen einführen, und dasselbe dann wieder im Urin auffinden kann

Die Versuche wurden mit einer sehr grossen Menge von Stoffen fortgesetzt und es ergab sich immer, dass alkalische Verbindungen von Natrium, Kalium, Lithium, Sil-

ber, Blei, Kupfer, Eisen, Mangan u. s. w. am positiven Pol eindringen und dem absteigenden Strom folgen, während alle Säuren, als Chlor, Brom und Jod-Verbindungen, Salpetersäure, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Essigsäure, Oxalsäure, Salicylsäure u. s. w. am negativen Pol eindringen und dem aufsteigenden Strom folgen. Auch für die Anilinfarben hat sich dasselbe Verhältniss ergeben, die basischen Farbstoffe dringen am positiven Pol ein, die sauren am negativen. Für die Doppelsalze kann eine bestimmte Regel nicht aufgestellt werden; es muss jeder Fall für sich geprüft werden; wenn man eine Lösung von Jodkalium- Jodquecksilber prüft, findet man, dass Kalium allein am positiven Pol eindringt, während Jod und Jodquecksilber dem aufsteigenden Strom folgen.

Aehnliche Erfahrungen sind von anderen Autoren gemacht, so hat z. B. Clemens auf die electrische Gerbung hingewiesen, mittelst welcher man in wenigen Tagen ebensoviel erreichen kann wie bei der gewönlichen Methode in 10—12 Monaten.

Es ist also, was uns für die Behandlung der Arthritiker am meisten interessirt, bewiesen, dass man mit Hülfe des constanten Stroms Lithion durch die gesunde Haut einführen kann, und dass man im Stande ist die Wirkung auf einen bestimmten Körpertheil zu concentriren. Es ist die in dieser Weise absorbirte Menge von Lithion zwar keine sehr grosse; wenn man jedoch in Betracht zieht, dass bei der gewöhnlichen Absorptionsweise eines Arzneimittels dieses auf die ganze Blutmenge vertheilt wird uud somit nur ein kleiner Theil zu wirklicher Verwendung auf der kranken Stelle kommt, wird die wirksame Quantität des eingeführten Lithions doch bei der electrischen Einbringung eine grössere sein. Dazu kommt noch, dass die Absorption des Lithions im Verdauungstractus nach Umwandlung des kohlensauren Lithions in Chlorlithion vor sich geht, und dass das Chlorlithion bei Weitem nicht die harnsäurelösende *Fähig*keit des kohlensauren Lithions hat.

Bei der electrischen Einführung kommt Lithion dagegen in statu nascente also in sehr wirksamer Form zur Verwendung und wird daher viel leichter die Ablagerungen von Biurat in günstiger Weise beeinflussen können.

Es war noch zu beweisen, dass das durch die Haut eingeführte Lithion im Stande ist Harnsäure in eine lösliche Verbindung zu bringen, und dies hat Labatut dadurch gemacht, dass er einen Harnsäurecalculus unter die Haut einer Kaninchenpfote einheilen liess und nachher einen Strom von 10 M.-A. aus 2% Lithionbade durchleitete; als die Behandlung 5 Tage lang, 2 Stunden täglich fortgesetzt worden war, hatte der Calculus mehr als die Hälfte seines Gewichtes verloren; wenn ein Harnsäurecalculus unter die Haut eingebracht wurde und sich selbst überlassen blieb, hatte er nach 10 Tagen nur 1/4 seines Gewichts verloren.

In seiner letzten Veröffentlichung hat Labatut in Verbindung mit Porte und Jourdanet Bericht über die mittelst seiner Methode bei der Behandlung von Arthritis urica, chronischem Rheumatismus etc. erreichten Resultate gegeben; es werden verschiedene Fälle referirt, in welchen bei der Anwendung des electrischen Lithionbades die Anschwellungen der Gelenke und die Tophi schwanden und häufig steife Gelenke ihre Beweglichkeit wieder erlangten.

Obgleich die therapeutischen Erfahrungen Labatut's nicht zahlreich genug waren um einen unwiderleglichen Beweis für die Wirksamkeit der Behandlung zu geben, schien mir ihre theoretische Begründung so rationell, dass ich mich entschloss versuchsweise die electrische Behandlung bei Arthritis in Anwendung zu bringen.

Da viele von den Patienten, die an chronischer Arthritis urica leiden, ohne Erfolg alle Methoden, Heilmittel und Verfahren versucht haben und meistens von ihrem Arzte belehrt worden sind, dass nichts für sie zu machen ist, und dass sie sich in ihr Schicksal ergeben müssen, war es leicht, freiwillige Versuchsobjecte zu finden, für eine neue Behandlung, die jedenfalls den Vorzug hatte, ihnen nicht als unnütz bekannt zu sein.

Ende September 1895 bekam ich eine constante Batterie, die im Stande war mehrere Stunden täglich einen Strom von 20—30 Milleampères zu liefern; ich benutzte zuerst eine Accumulationsbatterie, fand aber, dass eine Batterie von 48 grossen Leclanchéelementen den Vorzug hatte, indem ihre Wirkung constanter und zuverlässiger war.

Die Behandlnng, die jedesmal 30 Minuten dauerte, wurde genau in der von Labatut angegebenen Weise geordnet. Der positive Pol der Batterie wurde mit einer Kohlenelectrode verbunden, die in eine 2% Lösung von Chlorlithion, welche mit kohlensaurem Lithion alkalisch gemacht, eingetaucht wurde; die negative Kohlenelectrode war in einer sehr schwachen Chlornatriumlösung angebracht. Der zu behandelnde Körpertheil wurde in das Lithion bad gebracht und ein beliebiger anderer Körpertheil (Hand, Fuss) fand sich in der schwachen Chlornatriumlösung; die zur Verwendung kommende Stromstärke war 20—30 M.-A., in einigen Fällen konnte nicht mehr als 10 M.-A. von den Patienten ertragen werden.

Da die Methode neu und unbekannt ist, wird es nothwendig sein, das Material für eine Beurtheilung zu geben, indem ich ein gedrängtes Referat der Fälle gebe, die ich von Oktober 1895 bis Ende Juli 1896 in dieser Weise behandelt habe.

(Schluss folgt).

Referate.

C. Longard Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie. Therapeut Monatsh. Nr. X. 1896.

Die Fähigkeit des Formaldehyd selbst in sehr schwachen Lösungen stark Wachsthumhemmend auf die Bacterien zu wirken, ist schon lange bekannt, doch konnte es wegen seiner starkreizenden Einwirkung nicht angewandt werden. Es ist nun dem Dr. Classen geglückt eine chemische Verbindung des Formaldehyd mit Stärke herzustellen, der er den Namen «Amyloform» gegeben hat und die, wie Longard zeigt für die Wundbehandlung von grösstem Werth i [illegible] rat wird im lebenden Organismus ununterbrochen unter Freiwerden von Formaldehyd und Abspaltung von Stärke zerlegt. Das Amyloform ist ein Pulver von weisser Farbe. geruchlos und ungiftig; es ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und hat eine so hohe Beständigkeit, dass selbst bei Temperaturen bis zu 180° keine Zersetzung eintritt. Infolge dessen eignet es sich sehr gut zur Imprägnirung von Gaze, da man dieselbe vor dem Gebrauch noch in strömendem Dampf völlig keimfrei machen kann. ohne dass das Amyloform eine Aenderung erfährt. Verf. hat das Mittel bei Panaritien, Abscessen Phlegmonen, eiternden Wunden etc. erprobt und fand, dass es dem Jodoform durchaus nicht nachsteht. Er machte die Beobachtung, dass das Mittel sehr energisch secretionshemmend wirkt und schmutzig aussehende Wunden schnell zur Reinigung und Granulationsbildung bringt. Irgend welche Reizzustände in der Umgebung der Wunden oder gar universelle Eczeme, wie sie zuweilen bei Anwendung des Jodoforms beobachtet werden, hat Verf. nie constatiren können. Er behandelte mit Amyloform 10 Fälle von acuter Osteomyelitis, worunter sich ein Fall von Pyaemie mit osteomyelitischer Erkrankung des rechten Schenkelkopfes, der Pfanne, des linken Handgelenkes und ein anderer von acuter Osteomyelitis des linken Schenkelkopfes und Oberschenkels bei einem Kinde von 5 Monaten befanden. Nach vorgenommener Entfernung der erkrankten Knochen wurde in allen Fällen die Wunde reichlich mit Amyloformpulver eingestäubt und mit Amyloformgaze austamponirt. Die ersten Verbände lagen meist 4—5 Tage, die Wunden hatten beim Verbandwechsel sehr gutes Aussehen, die Wundsecretion nahm rasch ab es schossen gute Granulationen empor. Obgleich bei dem 5 Monate alten Kinde die tiefe Wundhöhle mit grossen Mengen Amyloform eingestäubt wor-

den war, traten kleine Zeichen irgend einer Vergiftung durch das Mittel auf. In einem Falle von Empyem bei einem 1½ Jahre alten Kinde blies L. nach vorgenommener Rippenresection das Pulver beim jeweiligen Verbandwechsel in den Thoraxraum ein, es schien die Secretion zu hemmen und den anfangs sehr übel riechenden Eiter schneller, als bei blosser Drainagebehandlung geruchlos zu machen. Bei Bubonen machte Verf. die Erfahrung, dass nach Exstirpation der erkrankten Drüsen, Tamponade der Wunde mit Amyloformgaze und Naht der Hautwunde eine sicherere Vertheilung der genähten Wunde erfolge, als bei der Anwendung von Jodoformgaze. Auch für die Uterustamponade empfiehlt Verf. die Anwendung der 10%igen Amyloformgaze. Sehr gute Dienste leistete dem Verf. das Mittel bei Behandlung tuberculöser Lymphdrüsen, sowie tuberculösen Gelenkerkankungen. Seine Beobachtungen fasst **Longard** dahin zusammen, dass das Amyloform ein energisch wirkendes, desodorirendes und secretionshemmendes Antisepticum ist, welches neben seiner hohen Beständigkeit völlig reizlos und ungiftig ist.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

К. Штоль. Записки по женскимъ болѣзнямъ. С.-Петербургъ, 1897 г.

Die Zahl der in russischer Sprache erscheinenden Handbücher der Gynäkologie ist eine verhältnissmässig kleine; wir wollen daher nicht unterlassen die Leser auf das Erscheinen vorliegender «Notizen über Frauenkrankheiten» aufmerksam zu machen. Für wen Verf. dieses Buch von 457 Seiten bestimmt hat, ob für Aerzte, Studirende oder Hebammen lässt er unausgesprochen.

Bei Durchsicht des Buches wird der Leser jedoch bald zur Ueberzeugung gelangen, dass dasselbe für das niedere medicinische Personal (Hebammen oder Feldscherinnen) geschrieben ist, welchem **Stoll** einen Leitfaden und Nachschlagebuch schaffen wollte.

Das Bedürfniss nach einem Leitfaden der Gynaekologie für Hebammen und Feldscherinnen wird wohl jeder empfunden haben, der mit Hebammenunterricht zu thun gehabt hat, ob aber ein so umfangreiches und so ausführliches — wird die persönliche Anschauung des Lehrers zu entscheiden haben. Ref. ist der Meinung, dass dem niederen medicinischen Personal auf dem Gebiete der Gynaekologie eine selbstständige Rolle in bedeutend geringerem Grade zugestanden werden kann und muss, als auf dem Gebiete der Geburtshilfe Dasselbe soll hier nur Gehilfe des Arztes sein, denselben bei verschiedenen Encheiresen in sachverständiger Weise unterstützen und allgemeine therapeutische Maassnahmen nach seiner Anordnung auszuführen im Stande sein. Genaue Diagnosenstellung und Behandlung sind Sache des Arztes. Die Kenntniss aller im Bereich der Genitalsphäre vorkommenden Krankheiten allein, ist zu einer richtigen Beurtheilung des gegebenen Falles nicht hinreichend.

Verf. vertritt einen anderen Standpunkt dieser Frage gegenüber, wie aus nachfolgender kurzen Wiedergabe des Inhaltes dieses, in 3 Haupttheile zerfallenden, Buches zu ersehen ist.

Theil I. Im 1. Cap wird der Begriff der Frauenkrankheiten definirt und die Eintheilung, die Ursachen und Symptome der verschiedenen Leiden in allgemeinen Zügen besprochen. Cap. 2 umfasst die Anamnese, die Vorbereitung und Lagerung der Kranken in den verschiedenen Positionen bei der Untersuchung In Cap. 3, 4, 5 und 6 werden die äusseren und inneren Untersuchungsmethoden abgehandelt. Theil II. umfasst die Therapie der Frauenkrankheiten. In Cap. 7, 8 und 9 wird die locale und allgemeine, in Cap. 10 und 11 die mechanische und operative Therapie der Frauenkrankheiten einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Theil III. ist den Krankheiten der Geschlechtsorgane gewidmet; er zerfällt in 8 Abschnitte. Der erste Abschnitt (Cap. 12, 13) handelt von der Menstruation, der Bedeutung der Ovarien und den pathologischen Menses; der 2. (Cap. 14) von den Krankheiten der Ovarien, der 3. (Cap. 15) von denjenigen der Tuben. Im 4. und 5. Abschnitte (Cap. 16 und 17) werden die Affectionen des Bauchfelles und der breiten Mutterbänder geschildert. Der 6. Abschnitt enthält (Cap. 18 bis 22) die Entwickelungsfehler, die Entzündungen, anormale Lagerungen und Neubildungen der Gebärmutter. Im 7. und 8. Abschnitt endlich werden die Krankheiten der Scheide und äusseren Geschlechtsorgane besprochen.

Wie ersichtlich, hat sich Verf. recht weite Grenzen gesteckt. Um so interessanter ist es zu verfolgen, wie Verf. die gestellte Aufgabe löst. Die Themata werden meist in einer so allgemeinverständlichen Form und dabei doch erschöpfend behandelt, dass man dem Verf. häufig seine Bewunderung nicht versagen kann. Es ist dieses Buch durchaus nicht eine der gewöhnlichen Compilationen aus verschiedenen Lehrbüchern der Gynaekologie. An der Ausdrucksweise erkennt man durchweg den erfahrenen Lehrer, welcher gewöhnt ist, aus einem reichen Schatze positiver Kenntnisse schöpfend, den Zuhörerinnen das Wesentliche in leicht zugänglicher und fasslicher Form zu dociren. Besondere Erwähnung in dieser Beziehung verdient der Abschnitt über Therapie der Frauenkrankheiten, welcher stellenweise vorzüglich ist.

Vermisst haben wir im Buche nur den anatomischen Theil, welcher so «klugen Frauen» nicht erlassen werden dürfte.

Dobbert.

Dr. **Albert Daiber**: Mikroscopie der Harnsedimente Verlag von J. F. Bergmann 1896 Wiesbaden.

Der vor einiger Zeit erschienene Atlas von **Daiber**, welcher in vorzüglicher Ausführung die mikroscopischen Abbildungen verschiedener Harnsedimente uns vorführt, ist wohl im Stande die Concurrenz ähnlicher bisher veröffentlichter Werke zu bestehen. Die Zeichnungen sind zum grössten Teil Reproductionen vom Autor selbstbeobachteter streng geprüfter und gesichteter Thatsachen. Verfasser selbst sagt es in seinem Vorwort, dass der practische Werth und Nutzen mikroscopischer Bilder vor allem in der möglichst getreuen und genauen Wiedergabe des Befundes liege, und nicht in einer schönen colorirten Zeichnung von Objecten, die man nie oder wenigstens selten in den vorgeführten Formen zu sehen bekomme. Von diesem Principe hat sich **Daiber** beim Verfassen seines Werkes leiten lassen und dieses gerade macht letzteres so wertvoll für die praktische Handhabe. Vorn am Anfang ist der Text zu den Abbildungen vorhanden, welche 106 an Zahl auf 53 Tafeln verzeichnet sind. Der ganze Stoff wird vom Verfasser in 3 Teile geteilt:

I. Nicht organisierte Sedimente:

a) Harnsäure und ihre Salze, b) Phosphorsäure und Phosphate, c) sonstige nicht organisierte Körper.

II. Organisierte Sedimente:

a) Epithelien und weitere morphotische Elemente, b) Cylinder, c) Sperma und Urethralfäden, d) Gewebstheile, e) Mikroorganismen, f) Thierische Parasiten.

II. Theil: Allgemeine Sedimente unter normalen und bestimmten pathologischen Verhältnissen:

In diesem Abschnitte finden sich die Abbildungen verzeichnet vom Sedimente der verschieden reagirenden Harne, sowie bei Erkrankungen des Urogenitalapparates.

Hecke.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von Prof. Dr. F. **Penzoldt** und Prof. Dr. R. **Stintzing** Dritter Band. Jena. Verlag Fischer 1896.

Dieser Band enthält die specielle Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane und der Kreislaufsorgane. An seiner Bearbeitung haben die Herren **Angerer, Baeumler, Bauer, Bürkner, Eversbusch, Jürgensen, Kiesselbach, Penzoldt, Schech, Schede, A. Schmid, Sonnenburg** und **Stintzing** theilgenommen und jeder von ihnen hat gewetteifert dem Leser das Beste zu bieten. Ein näheres Eingehen auf die zahlreichen vortrefflichen Abhandlungen ist bei der Fülle des vorliegenden Stoffes und bei der breiten und doch practischen Bearbeitung desselben kaum möglich. Das Handbuch hat sich bereits einen ehrenvollen Platz auf dem medicinischen Büchertische erworben und auch dieser Band gereicht dem Ganzen zur Zierde. **K.**

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten Vierter Band. Jena, Fischer, 1896.

Der vorliegende statliche, weit über tausend Druckseiten fassende Band des Penzoldt-Stintzing'schen Handbuches bringt die Behandlung der Erkrankungen der Verdauungsorgane (Mundhöhle, Speiseröhre, Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, Magen, Darm, Bauchfell) und die Behandlung der Erkrankungen der Gallenwege, der Leber und der Bauchspeicheldrüse. Die Principien, welche die Herausgeber dieses gediegenen Sammelwerkes leiteten und auf die wir bereits zu wiederholten Malen hinzuweisen Gelegenheit hatten, nämlich dem Therapeuten ein vollständiges, auch die Grenzgebiete und Technik umfassendes Nachschlagebuch zu geben, sind auch in diesem Bande streng eingehalten worden. Die einzelnen Abschnitte stammen aus der Feder der Herren **Frommel, Graser, v. Heineke, Heubner, Leichtenstern, Madelung, Mekel, Penzoldt, Riedel, Rosenbach** und **Seifert** und geben ein deutliches Bild unseres zeitgemässen therapeutischen Strebens und Könnens. Ohne den hohen Werth der übrigen Arbeiten schmälern zu wollen, möchten wir hier besonders auf die practisch sehr wichtigen Abschnitte von **Penzoldt** und **Graser** verweisen, da sie vieles aus dem so schwierigen und doch unendlich der Vervollkommnung bedürftigen Gebiete der Erkrankungen des Darmes, seiner Verengung seines Verschlusses und des Peritoneums bringen. **K.**

Vermischtes.

Wiederum steht der Universität Jurjew (Dorpat) und speciell der medicinischen Facultät derselben ein empfindlicher Verlust durch den Abgang einer bewährten Lehrkraft bevor. Wie die «Nordlivländische Zeitung»[1]) erfährt, hat Prof. Dr. R. Kobert sich veranlasst gesehen, seiner bisherigen Lehrthätigkeit zu entsagen und die Berufung zum Director der bekannten Brehmer'schen Lungenheilanstalt in Görbersdorf (Schlesien) anzunehmen. Mehr als 10 Jahre hat Prof. Kobert den Dorpater Lehrstuhl der Arzneimittellehre, Diätetik und Geschichte der Medicin inne gehabt und in dieser Zeit sich als ausgezeichneter Lehrer und unermüdlicher Forscher erwiesen. Für seine fruchtbare Thätigkeit legen seine zahlreichen Publicationen, darunter sein Lehrbuch der Pharmakotherapie, sowie die vielen aus seinem Institut hervorgegangenen Arbeiten seiner Schüler ein glänzendes Zeugniss ab. Erfreulicher Weise ist seine wissenschaftliche Thätigkeit mit der Uebernahme der neuen Stellung nicht abgeschlossen, da in der grossen Brehmer'schen Anstalt auch eine bacteriologische und eine pharmakologische Abtheilung unter seiner Leitung stehen werden. Wie verlautet, begleiten ihn drei seiner ehemaligen Schüler als Assistenten an seine neue Wirkungsstätte.

— Verstorben: 1) In Homel (Gouv. Mohilew) der frühere Kreisarzt, Staatsrath Dr. Emil Claus, an Pneumonie im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1850—54 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1856 war B. anfangs Stadtarzt in Kopys und Stary-Bychow, vom Jahre 1860 an aber Kreisarzt zu Homel, welche Stellung er über 35 Jahre bekleidete. Sowohl als Arzt wie als Mensch genoss er allgemeine Achtung und Liebe in der Stadt. 2) In Tomsk der dortige Professor der pathologischen Anatomie. Dr. Ssudakewitsch, im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene war ein Schüler der Kiewer Universität, an welcher er nach Beendigung des Cursus als Prosector fungirte, bis er im Jahre 1891 als Professor nach Tomsk berufen wurde. 3) Am 6. December nach längerer Krankheit Dr. Carl Heitzmann, dessen Name sehr populär geworden ist durch seinen trefflichen Atlas der descriptiven und topographischen Anatomie, von dem vor Kurzem im Verlage von W. Braumüller bereits die achte Auflage erschienen ist. Ein Arzt der Wiener Schule, war H. vor vielen Jahren nach New-York gezogen, wo er ein Laboratorium für medicinische Mikroskopie begründete. 4) Sanitätsrath Dr. Carl Rigler, Badearzt im Curort Nendorf, bekannt durch seine Arbeiten über Railwayspine und durch seine Schriften gegen die Homöopathie.

— Der berühmte Chirurg Sir Joseph Lister ist am Neujahrstage zum Peer von England erhoben worden. Dem Aerztestande ist damit eine exceptionelle Auszeichnung zu Theil geworden, da in diesem Falle zum ersten Mal ein Arzt zum Lord und Peer von England mit Sitz und Stimme im englischen Oberhause ernannt worden ist. Ob einem unsterblichen Namen, wie dem Joseph Lister's, durch den Lordstitel wirklich höherer Werth verliehen werden kann, ist ja eine andere Frage, aber es wird jedenfalls nicht schaden, wenn auch Vertreter der friedlichen, humanen Lebensberufe durch äusserliche Ehrenbezeigungen vor die Augen der grossen Masse gerückt werden.

— Dr. Th. Germann, älterer Ordinator an der hiesigen Augenheilanstalt, welcher bekanntlich von der Kaiserlichen rechtgläubigen Palästinagesellschaft zum Studium der epidemischen Augenkrankheiten in den Schulen der Gesellschaft und behufs Organisirung durchführbarer Hülfe zu Anfang Septembers nach Syrien und Palästina abcommandirt wurde, ist nach der Erfüllung der ihm gewordenen Aufgabe vor kurzem in St. Petersburg wohlbehalten wieder eingetroffen.

— Ernannt: Der Ehren-Leibchirurg des Allerhöchsten Hofes, Prof. extraord. der militär-medicinischen Academie, ausseretatmässiger Arzt des Kaiserlichen Hauptquartiers, Director der Maximilianheilanstalt, Oberarzt der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzes-Erhöhung und Consultant bei den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, Collegienrath Dr. Weljaminow — zum Leibchirurgen des Hofes Sr. Kaiserl. Majestät, mit Belassung in seinen bisherigen Aemtern.

— Zugezählt zum Kaiserlichen Hauptquartier (ausseretatmässig) — der Leibchirurg, wirkl. Stadtsrath Dr. Pawlow.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem stellv. Gouvernements-Medicinalinspector von Jenisseisk, Staatsrath Ratschkowski.

— Befördert: Zum wirkl. Staatsrath — der Curator des Troizki-Hospitals für Unheilbare in Moskau, Dr. Ed. Seligson.

[1]) Diesen Namen trägt die «Neue Dörptsche Zeitung» seit dem Beginn dieses Jahres.

— Am 30. December a. pr. begingen eine Anzahl hiesiger Aerzte, welche im Jahre 1871 den medicinischen Cursus an der ehemaligen medico-chirurgischen Academie absolvirt haben, — darunter der Professor der Hygiene an der militär-med. Academie Schidlowski, die praktischen Aerzte Dreypölcher, Hehn, Nessler, Trojanow — das 25 jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit. Die Jubilare haben unter sich ein Kapital im Betrage von ca 400 Rbl. gesammelt, welches den Grund bilden soll zu einem Jubiläumsfonds der Aerzte der Academie, aus dem einmalige Unterstützungen an nothleidende Aerzte und deren Familien ertheilt werden sollen.

— Der Vorstand des «Institut for Public Health» in London hat die von ihm zu vergebende Medaille für das Jahr 1897 dem berühmten Münchener Hygieniker Prof. v. Pettenkofer als Anerkennung seiner hervorragenden Leistungen verliehen.

— Die Universität Würzburg hat dem Professor Dr. Behring in Marburg für sein Diphtherie-Serum, als die bedeutendste Entdeckung der letzten drei Jahre, den Rinecker-Preis zuerkannt. Der Preis besteht in einer goldenen Medaille und 1000 Mark.

— Prinz Dr. Ludwig Ferdinand von Bayern practicirt dem Beispiele seines Vaters, des Herzogs Carl von Bayern, welcher bekanntlich die Augenheilkunde praktisch ausübt, folgend, nun auch selbstständig als Arzt und hält als Specialist für Frauenkrankheiten täglich seine Sprechstunden im Hospital des Rothen Kreuzes in München ab.

— Dem bekannten Carlsbader Arzt, Sanitätsrath Dr. Jaques Mayer, ist der Titel eines preussischen Geheimen Sanitätsraths verliehen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Psychiatrie an der Universität Giessen, Dr. Rob. Sommer ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. Der junge durch tüchtige Arbeiten hervorragende Gelehrte hat eine ungewöhnlich schnelle Carrière gemacht; er ist gegenwärtig 32 Jahre alt und habilitirte sich erst 1891 als Privatdocent in Würzburg.

— Die Gesellschaft Astrachanscher Aerzte hat — um das Andenken des Feldschers A. P. Popow, welcher vom Pöbel während der Choleraunruhen im Jahre 1892 lebendig verbrannt wurde, zu ehren, beschlossen das Bild desselben im Hospital des Collegiums der allgemeinen Fürsorge, in welchem er gewirkt, aufzuhängen und sein Grab mit einem Kreuz und Gitter zu versehen. In derselben Sitzung wurde auch der Beschluss gefasst, dem Astrachanschen Arzt N. S. Ssokolow, welcher bei den oben erwähnten Ausschreitungen des Pöbels auch in Mitleidenschaft gezogen war, ebenfalls die Theilnahme der Gesellschaft auszudrücken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. December d. J. 7314 (268 wen. als in d. Vorw.), darunter 735 Typhus — (79 wen.), 964 Syphilis — (60 mehr), 132 Scharlach — (10 wen.), 81 Diphtherie — (19 wen.), 20 Masern — (2 mehr) und 19 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 22. bis 28. December 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
389	260	649	160	42	86	15	12	21	56	61	73	50	36	19	14	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 2, Masern 6. Scharlach 25, Diphtherie 25, Croup 2, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 15, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 31.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 21. Januar 1897.
Wahl des protocollführenden Secretairs.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. Januar 1897.

Дозв. ценз. Спб. 10 Января 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, (23.) 11. Januar **1897**

Zur Behandlung der Gicht (Arthritis urica) und speciell von der Behandlung der chronischen Formen dieser Krankheit.

Von

Dr. F. Levison,

Kreisarzt in Kopenhagen.

Vorgetragen am 10. December 1896 im Verein St. Petersburger Aerzte von Dr. Hirsch.

(Schluss).

1) Frl. E. P. 56 Jahr alt kam 1893 in meine Behandlung, weil ihr Arzt ihr erklärt hatte, dass nichts mehr für sie zu thun sei, und dass sie sich darauf gefasst machen müsse immer unbeweglicher und hülfloser zu werden. Ihre Mutter verbrachte die letzten 10 Jahre in einer durch Arthritis verursachten vollständigen Invalidität. Pat. hat während 8 Jahren an zunehmenden Schmerzen und Anschwellung verschiedener Gelenke gelitten — bei der ersten Untersuchung waren alle Gelenke beider Hände und Füsse, sowie auch die Kniegelenke von der Krankheit ergriffen. Es wurden verschiedene Formen von Behandlung ohne besonderen Erfolg versucht; einige Linderung des spontanen Schmerzes wurde durch Anwendung von Massage und heissen Sandbädern erreicht; zeitweilig traten acute Exacerbationen der Krankheit ein, die nach Anwendung von Colchicumpräparaten oder Salicylsäure wieder nachliessen. Eine Badekur in Sandefjord schien etwas Besserung zu bringen und wurde daher zweimal wiederholt.

Im Herbst 1895 war der Zustand wieder recht desolat: das Gehen war fast unmöglich, indem beide Kniegelenke, besonders das rechte, sehr steif und bei jeder Bewegung schmerzhaft waren; während Pat. sich früher mit Zuschneiden und Nähen von Bekleidungsstücken hatte beschäftigen können, war dies ihr jetzt unmöglich geworden, weil alle Gelenke der Hände zu sehr schmerzten und zu kraftlos waren. Der Umfang des rechten Handgelenkes war 15 Centimeter, am dorsum manus fanden sich kleine Tophi dicht am digitalen Ende des zweiten und dritten Mittelhandknochens; ähnliche Tophi wurden am 3. Glied des 2., 4. und 5. Fingers und in der Fascia palmaris gefunden; die rechte Hand konnte nicht geballt werden, und mit der äussersten Anstrengung gelingt es Pat. nur die Finger in halbe Flexion zu bringen.

4. October 95. Electrische Behandlung der rechten Hand. Stromstärke 20 M. A, Dauer der Behandlung 30 Minuten.

7. October. Nach 4 Séancen ist die Bewegung der Finger etwas freier; die kleinen Tophi in der Fascia palmaris etwas verkleinert.

12. October 95. Nach 8 maliger Behandlung können die Finger der rechten Hand ganz frei bewegt werden; sowohl Extension als Flexion geht schnell und ohne Schmerz vor sich; die verschiedenen Tophi sind sehr geschwunden die ganze Hand wie auch die einzelnen Finger sind dünner geworden; ein Fingerhut, der früher zu klein war, ist jetzt eher zu gross geworden. Die linke Hand die bei der Behandlung in der Chlornatriumlösung eingetaucht war ist unverändert, steif und schmerzhaft, die Finger können nur mit Mühe bewegt werden und besonders ist die Bewegung des 3. Fingers im Metacarpo-Phalangealgelenk sehr beschränkt; die Hand kann nicht geballt werden; an der Radialfläche des zweiten Gliedes des zweiten Fingers und ebenfalls am dritten Glied des 5. Fingers kleine Tophi.

14. October. Electrische Behandlung der linken Hand, Stromstärke und Dauer wie früher genannt.

19. October. Nach 6 maliger Behandlung konnten die Finger ganz frei bewegt werden, die Tophi verringerten sich etwas der Umfang der Finger blieb aber ungefähr derselbe.

Es war das Befinden jetzt mehrere Wochen hindurch sehr gut. Pat. konnte jetzt weit mehr arbeiten als in den vorhergegangenen Jahren, war mit Zuschneiden und Nähen 6—8 Stunden täglich beschäftigt. Nach 3 Wochen klagte Pat. wieder über etwas Schmerz in den Händen; die electrische Behandlung wieder aufgenommen; nach 5 Séancen war Pat. mehrere Stunden hindurch schmerzfrei, nach der 6. Séance blieben die Schmerzen von 2 Uhr bis 10 Uhr aus, nach der 7 Séance kehrten die Schmerzen nicht wieder zurück. Da der Winter jetzt anfing strenger zu werden konnte Pat., die im Winter 1894 an schwerem Brochialkatarrh lange gelitten hatte, nicht mehr zur Behandlung kommen.

27. April. Während der Wintermonate hat die erreichte Besserung sich recht wohl erhalten und Pat. hat während dieser Zeit die Hände zum Nähen und ähnlicher Arbeit benutzen können, doch ist die Beweglichkeit der Handgelenke, besonders der rechten Hand, etwas geringer geworden. Beide Kniegelenke sind geschwollen, schmerzend sowohl bei passiver Bewegung als beim Gehen.

Elektrische Badebehandlung der rechten Hand.

9. Mai 96. Nach 16 Séancen ist die rechte Hand schmerzlos und kann frei bewegt werden.

11. Mai 96. Elektrische Beh. des rechten Knies.

27. Mai 96. Nach 14 Séancen ist das Knie weit beweglicher, der Gang ist viel leichter, Pat. wünscht ihre jährliche Bade-

kur in Sandfjod zu gebrauchen und die electrische Behandlung muss daher unterbrochen werden[1]).

2) Frl. E. P. 50 Jahr alt, Schwester der oben erwähnten Pat. hat nie an acuten Attaquen von Arthritis gelitten. An beiden Händen findet man Anschwellung, Empfindlichkeit und Steifigkeit des zweiten Interphalangealgelenkes der drei ersten Finger und einen kleinen Tophus an der Ulnarfläche des rechten Daumens, der etwas ulnarflectirt ist.

22. October 95. Electrische Beh. der rechten Hand.

Nach 7 Séancen war die Steifigkeit und Empfindlichkeit der Finger geschwunden, die Deviation blieb unverändert.

25. Februar 96. Da sich die Empfindlichkeit der Fingergelenke in der letzten Zeit wieder eingestellt hatte, wurde die electrische Behandlung wieder aufgenommen, nach weiteren 14 Séancen hatte sich die Empfindlichkeit verloren und alle Finger konnten ohne Schmerz bewegt werden.

3) Frl. E. H. 31 Jahr alt, die Mutter ist durch Arthritis in hülflose Invalidität gebracht, da alle Gelenke steif und unbeweglich sind. Vom 16. Jahr hat Pat. an chronischer Arthritis gelitten, die nach und nach alle Gelenke beider Hände und aller Finger, beide Fussgelenke und Kniegelenke ergriffen hat. Das Gehen ist sehr mühevoll und verursacht grossen Schmerz; Pat. kann die Hände zu keiner Arbeit gebrauchen und muss beim An- und Auskleiden Hülfe haben. Bei der ersten Untersuchung October 1895 war der Zustand der Hände folgender: Alle Gelenke beider Hände geschwollen, der 4. und 5. Finger der rechten Hand sind im rechten Winkel flectirt, können nur in sehr geringem Grade weiter flectirt, und weder aktiv noch passiv extendirt werden, auch die übrigen Finger sind leidend, alle Gelenke der Finger geschwollen, die Finger können im ersten Interphalangealgelenk nur sehr wenig flectirt werden; der rechte Daumen ist geschwollen, der Umfang des Metacarpo-phalangealgelenks des Daumens 8 Cent. In der Fascia palmaris fühlt man eine harte und steife Stelle an der Beugesehne des 4. Fingers.

Das Metacarpo-phalangealgelenk des linken Daumens misst 8,5 Cent., das 2. Interphalangealgelenk des linken 4. und 5. Fingers ist halb flectirt kann nicht gerade gestreckt werden. Die ergriffenen Gelenke sowohl der rechten als der linken Hand sind empfindlich bei Druck, wie auch bei Bewegung, auch in vollständiger Ruhe sind spontane Schmerzen vorhanden.

Der Urin enthält zahlreiche Epithelzellen, Stücke von hyalinen Cylindern und einige drusenförmige Agglomerate von Harnsäure.

31. October. Rp. 4 Glas gekochtes Wasser täglich. Electrische Behandlung der rechten Hand 10 M. A.

4. November. Die spontanen Schmerzen sind geringer geworden, die Hand etwas weniger geschwollen.

9. November. Nach 10 Séancen ist die rechte Hand schmerzfrei auch bei Bewegung; die Anschwellung der Gelenke ist geringer geworden, der 5. Finger kann etwas besser extendirt werden. Die linke Hand unverändert.

10. November. Electrische Behandlung der linken Hand.

17. Februar. Nach 7 Séancen ist die linke Hand schmerzfrei und beweglicher geworden; Patientin kann sich ohne Hülfe an- und auskleiden und die Hände zu leichterer Arbeit wie z. B. zum Nähen gebrauchen.

Die Behandlung musste jetzt unterbrochen werden, da Patientin bei Winterzeit nicht nach meinem Consultationsraum kommen konnte.

24. März 1896. Die Hände wie bei der Beendigung der electrischen Behandlung oder vielleicht noch etwas beweglicher. Das rechte Knie sehr geschwollen, es findet sich keine Ansammlung im Kniegelenk, die Ligamente sind aber sehr verdickt. Der Umfang des Knies, in der Mitte der Kniescheibe gemessen, beträgt 33,5 Ctm. (der Umfang des linken Knies 31,2 Ctm.). Beim Gehen hinkt Patientin in hohem Grade, da das rechte Knie in einem stumpfen Winkel gebogen ist und weder gestreckt, noch über einen rechten Winkel hinaus flectirt werden kann. Die Wadenmuskulatur der rechten Unterextremität ist atrophisch. Pat. hat in den letzten 7 Jahren das Zimmer nur für wenige Schritte verlassen können und muss, wenn sie sich etwas mehr als gewöhnlich bewegt hat, mehrere Tage an heftigen Schmerzen in den Unterextremitäten leidend, oftmals für mehrere Tage das Bett hüten. Der Urin war jetzt hell, schwach sauer, ohne Harnsäureausfällung.

Electrische Behandlung des rechten Knies.

4 Glas gekochtes Wasser.

Pat. muss zur Behandlung und wieder nach Hause zurück gefahren werden.

31. März. Nach 4 Séancen kann das Knie besser gebraucht werden, ist weniger schmerzhaft, Pat. kam zur 5. Séance gehend, fuhr indess wieder nach Hause.

3. April. Pat. kann jetzt sowohl hin- als zurückgehen.

[1]) Da der Zustand sich in Sandefjord wieder verschlechtert hatte, hat Pat. im Herbst die electrische Kur wieder aufgenommen und dabei wieder den Gebrauch des rechten Knies und der rechten Hand erlangt.

8. April. Nach 17 Séancen ist der Umfang des Knies 32,3 Ctm.

18. Juni. Nach 50 Séancen ist der Umfang des Knies 32,3 Ctm., das Knie kann fast gerade gestreckt werden und kann in einen spitzen Winkel flectirt werden; Pat. fühlt nie Schmerz beim Gehen, bewegt sich rasch und fast ohne Hinken, kann stundenlange Spaziergänge machen, Treppen steigen, Museen besuchen etc.

Das Aussehen der Pat., das früher leidend und traurig war, hat sich in auffallendem Grade gebessert.

2. Juli. Pat. geht jetzt ohne zu hinken, bewegt sich eben so schnell wie eine gesunde Person und fühlt nie Schmerz beim Gehen. Das Knie misst jetzt 32 Ctm. (1,5 Ctm. geringer an Umfang); die Musculatur der Wade ist viel kräftiger geworden [2]).

4) Frau L. S. 42 Jahr alt; die Mutter hat seit vielen Jahren an Arthritis gelitten und viele ihrer Gelenke sind steif. Pat. hat viele Jahre an Harnsäuregries gelitten; 1880 trat eine regulär Podagraattaque im klassischen Gelenk des linken Fusses ein, später sind keine regulären Attaquen aufgetreten, beide Hände sind aber nach und nach steifer geworden, an der rechten Hand sind viele Gelenke steif und geschwollen, wie besonders das 1. Interphalangealgelenk des 3. Fingers und des 2. Interphalangealgelenk des 2 Fingers; an der linken Hand ist besonders das 1. Interphalangealgelenk des 3. Fingers leidend, doch nicht in so hohem Grade als das entsprechende Gelenk der rechten Hand. Pat., die allerlei häusliche Arbeit verrichtet, fühlt besonders nach starker Abkühlung spontane Schmerzen in beiden Händen. Der Urin ist sauer, setzt einen Bodensatz von Epithelzellen, Rundzellen und drusenformige Harnsäureklumpen.

20. November. Rp. Bicarbon natrici 2 Gramm 2 mal täglich.
4 Glas gekochtes Wasser.

Electrische Behandlung der rechten Hand.

29. November. Nach 7 Séancen ist die Hand schmerzfrei von 12 Uhr Mittags bis 11 Uhr Abends. Die Empfindlichkeit bei Bewegung unverändert.

2. December. Nach 10 Séancen kann die Hand zum ersten Mal flach auf die Unterlage gelegt werden, ist im Ganzen leichter beweglich; die spontanen Schmerzen haben sich ganz verloren.

Electrische Behandlung der linken Hand.

19. December. Nach 12 Séancen ist die Anschwellung der Finger viel geringer geworden, es ist weder spontaner Schmerz noch Empfindlichkeit bei Druck oder Bewegung vorhanden. Beide Hände und alle Finger können jetzt ganz unbehindert bewegt und zum Nähen etc. gebraucht werden, bei ungünstigem Wetter bisweilen eine Andeutung von Schmerz.

Nachdem Pat. während der Wintermonate die Hände zur Arbeit in kaltem Wasser etc. gebraucht hatte, entstand wieder Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der rechten Hand, wesshalb 20. Mai 1896 Electrische Behandlung der rechten Hand vorgenommen werden musste, bei welcher die Schmerzen sich schnell verloren; nach einer Behandlung von drei Wochen war die Hand wieder schmerzfrei und beweglich. Die geschwollenen Interphalangealgelenke waren durchschnittlich 0,5 Ctm. dünner geworden. Später hat sich die Besserung unverändert erhalten. (Pat. hat sich im Monat September vorgestellt).

5) Frau P. 40 Jahr alt. Etwas anämisch, übrigens früher gesund, hat nie an Harnsäuregries gelitten, dagegen haben mehrere ihrer Kinder Symptone dieses Leidens dargeboten. Pat. klagt über Schmerz in der rechten Hand besonders in den Metacarpo-phalangealgelenken und im ersten Interphalangealgelenk des 3—5 Fingers, die etwas geschwollen sind. Der 5 Finger ist sehr schmerzhaft, kann nur mit grosser Anstrengung flectirt, oder extendirt werden. Der Urin ist sauer, setzt im Spitzglas einen Bodensatz, der fast nur aus Harnsäurekrystallen besteht.

10. Januar 1896. Rp. 2 Glas Faschingerbrunnen.
3 Glas gekochtes Wasser.
Heisse Sandbäder.

16. Februar 1896. Keine Besserung. Der 4. und 5. Finger der rechten Hand sind halb flectirt und steif, können nicht für sich allein, sondern nur mit allen andern Fingern zugleich in die Hand eingelegt werden.

Electrische Behandlung der rechten Hand.

11. Februar. Nach 4 Séancen, können der 4. und 5. Finger in die Hand flectirt werden, während die 3 ersten Finger in Extension bleiben.

22. April. Nach 15 Séancen können alle Finger der rechten Hand freier bewegt werden, der 5. Finger ist schmerzfrei, es findet sich noch etwas Steifigkeit und Geschwulst des ersten Interphalangealgelenks des 4. Fingers.

14. März. Nach 33 Séancen ist das 1. Interphalangealgelenk des 4. Fingers der rechten Hand nur um 1 Millimeter dicker als

[2]) Pat. hat sich wieder Ende September vorgestellt; das Befinden hat sich unverändert gut erhalten, Hände und Knie wie bei Beendigung der Kur.

das der gesunden linken Hand; die Bewegungen der Hand und aller Finger frei und schmerzlos; es ist noch etwas Empfindlichkeit des 4. Metacarpo-phalangealgelenks, da die Volarfläche der Hand hier fortwährend bei Anwendung von Hohlmeissel u. s. w. bei ihrer täglichen Arbeit gedrückt wird.

6) Hr. stud. J. 27 Jahr alt, hat seit einiger Zeit ein Knacken bei der Bewegung verschiedener Gelenke gefühlt; das Knacken ist jetzt im linken Knie zu fühlen, das jedoch nicht geschwollen oder empfindlich ist. Alle Gelenke der Finger beider Hände sind etwas steif. Pat. hat nie eine akute Attaque von Arthritis gehabt, auch in seiner Familie ist kein Fall von Podagra vorgekommen, er ist übrigens gesund, hat nie an einer infektiosen Krankheit gelitten. Der Urin ist hell, sauer, enthält kein Eiweiss, giebt einen Bodensatz, der überwiegend aus Krystallen von oxalsaurem Kalk besteht.

16. Januar 1896. 2 Glas Faschingerbrunnen.
3 Glas gekochtes Wasser.
Electrische Behandlung.

1. (2.) Februar. Nach 8 maliger Behandlung der rechten 4 maliger Behandlung der linken Hand ist die Steifigkeit und Empfindlichkeit der Finger beseitigt.

7) Frau H., 79 Jahr alt, hat an arthritischen Affectionen verschiedener Gelenke seit dem Alter von 30 Jahren gelitten, besonders die Hände wurden frühzeitig steif und schmerzhaft. Eine Badebehandlung in Ronneby (Stahlquelle) vor vielen Jahren scheint dem Fortschreiten der Krankheit etwas Einhalt gethan zu haben. In früheren Jahren sind Nierenkoliken häufig dagewesen, später sind solche ausgeblieben. Beide Hände sind von Arthritis stark ergriffen, fast alle Gelenke der Hände sind geschwollen, steif und schmerzend; an der rechten Hand ist der Daumen radial, die übrigen Finger ulnar deviirt; die Finger können nicht in die Hand eingelegt werden, weder passiv, noch aktiv, besonders ist das letzte Interphalangealgelenk aller Finger fast ganz unbeweglich. Die Hand kann zu keiner Arbeit benutzt werden; auch Schreiben ist unmöglich, da es fast augenblicklich einen solchen krampfhaften Schmerz verursacht, dass Pat. die Feder fallen lassen muss; sie kann eine Thür nicht öffnen, muss ein Glas mit beiden Händen anfassen, um es zu heben u. s. w. Die linke Hand ist ungefähr in derselben Weise afficirt, an beiden Händen finden sich kleine Tophi, besonders an der Palmarfläche der 3. Phalangen aller Finger. Der Urin enthält keine Harnsäurekrystalle, aber viele Epithel- und Rundzellen, sowie auch hyaline und granulirte Cylinder.

10. Januar 1896. Electrische Behandlung der rechten Hand. 4 Glas gekochtes Wasser täglich. Patient kam nicht ganz regelmässig zur Behandlung, bisweilen musste ein Tag versäumt werden.

17. Februar 1896. Nach 6 Séancen so weit gebessert, dass Pat. einen langen Brief hat schreiben können ohne die Feder fallen zu lassen, oder besonderen Schmerz zu fühlen.

26. Februar 1896. Nach 12 Séancen können alle Finger in die Hand hinein flectirt werden; das letzte Interphalangealgelenk aller Finger mit Ausnahme des 4. Fingers können aktiv flectirt werden; am 4. Finger kann die Flexion nur passiv ausgeführt werden.

2. März 1896. Nach 15 Séancen wird die rechte Hand frei bewegt und ist schmerzlos, auch bei längerem Gebrauch; Pat. kann lange Briefe schreiben, kann Thüren öffnen, Schubladen herausziehen, eine Schleife binden und die Kraft der Hand ist so gut, dass Pat. ein Theebrett mit einem gefüllten Wasserglas in der rechten Hand allein hat tragen können; die Hand kann jetzt flach auf die Unterlage gelegt werden; die Deviation der Finger jedoch unverändert.

3. März. Electrische Behandlung der linken Hand.

28. März. Nach 20 Séancen ist die linke Hand weit besser geworden, die Tophi haben sich verkleinert; die Hand ist jetzt schmerzfrei, auch bei Arbeit, nur bei tiefem Druck sind die Gelenke noch empfindlich.

Am 1. April und 15. Juli hat sich Patient wieder vorgestellt; der Zustand ist fortdauernd gut; die Hände können zum Schreiben, Nähen, häuslicher Arbeit benützt werden, wie ihr das seit mehreren Jahren unmöglich gewesen ist. (Ende Oktober sind die Hände fortwährend schmerzlos und beweglich).

8) Herr F. S. 46 Jahr, leidet seit mehreren Jahren an Arthritis; mehrmals sind verschiedene Fingergelenke steif und geschwollen gewesen, und sind langsam wieder bei Anwendung von Massage besser geworden. Seit 2 Monaten leidet er jetzt an immer zunehmender Geschwulst und Empfindlichkeit des ersten Metacarpo-phalangealgelenks der rechten Hand, wo auch spontaner Schmerz vorhanden ist. Die Bewegungen des Daumens und der Hand sind so schmerzhaft, dass das Schreiben fast unmöglich ist. Bei der ersten Untersuchung war der Urin von alkalischer Reaction (Pat. hat viel Obst, Brei, Selterswasser genossen) enthält keine Krystalle von Harnsäure, aber viele Krystalle von oxalsaurem Kalk.

4. Juli 1896. 3 Glas gekochtes Wasser.
Electrische Behandlung der rechten Hand.

15. Juli. Nach 10 maliger Behandlung wünscht Pat. auf das Land zu gehen; es findet sich noch eine geringe Empfindlichkeit bei Druck auf das kranke Gelenk; die Geschwulst hat sich grösstentheils verloren. Pat. kann stundenlang schreiben ohne Schmerz zu fühlen; er kann eine Thür öffnen, sein Portemonnaie aus der Tasche holen etc. welche Bewegungen ihm vor Anfang der Behandlung grossen Schmerz verursachten.

9) Frau M. 33 Jahr alt. Die Mutter hat viele Jahre an Arthritis gelitten und ist ganz invalid. Pat. fing im Winter 1894—95 an Steifigkeit, Schmerz und Empfindlichkeit in vielen Gelenken zu fühlen; im Sommer 1895 trat etwas Besserung ein, aber nach wenigen Wochen fingen die Schmerzen wieder an heftiger zu werden. Das rechte Kniegelenk und beide Fussgelenke sind geschwollen und empfindlich und schmerzen so wohl beim Gehen als in der Ruhe. Der Umfang des rechten Kniegelenks 38 Ctm. Der Urin ist stark sauer enthält viele Agglomerate von Harnsäurekrystallen.

4. Juli 1896. 2 Glas Faschingerbrunnen.
Electrische Behandlung des rechten Kniegelenks.

11. Juli. Nach 7 Séancen kann Pat. gehen ohne sehr grossen Schmerz zu empfinden.

15. Juli. Nach 10 Séancen kann das Knie vollkommen frei und schmerzlos bewegt werden, auch bei tiefem Druck nur geringe Empfindlichkeit; das Gehen ist nicht mit Schmerz verbunden. Der Umfang des Knies 37,2 Ctm.

16. Juli. Electrische Behandlung des rechten Fussgelenks. Dass Fussgelenk misst unterhalb der Malleoli 25,2 Ctm.

29. Juli. Nach 12 Séancen ist das Fussgelenk schmerzlos und leicht beweglich. Pat. kann ohne Schmerz mit dem Fuss auftreten und gehen. Der Umfang des Gelenks unterhalb der Malleoli 24,2 Ctm.

30. Juli. Electr. Behandlung des r. Handgelenks.

4. Aug. Nach 5 Séancen ist das Handgelenk frei beweglich geworden.

5. Aug. Wegen Empfindlichkeit und Schmerz bei Bewegung des l. Knies
Electrische Behandlung des l. Knies.

13. Aug. Nach 8 Séancen kann auch das l. Knie ohne jeden Schmerz benutzt werden, Pat. kann ohne Mühe schnell gehen, Treppen steigen etc.

10) Herr K. 55 Jahr alt, leidet seit 6—7 Jahren an regulären Attaquen von Podagra, die zuerst das klassische Zehengelenk ergriffen, sich aber später in anderen Gelenken der Zehen, in den Fussgelenken und in den Knien gezeigt haben. Bei der ersten Untersuchung wurde nirgends bedeutende Anschwellung der Gelenke gefunden, viele Gelenke und besonders die Fussgelenke, waren aber steif und schmerzhaft. Der Urin enthielt keine Krystalle von Harnsäure, war von neutraler Reaction. (Pat. hat seit längereer Zeit Vichybrunnen getrunken). Pat. befand sich eben auf den Rath seines Hausarztes zur Cur in Wiesbaden wo er 6 Wochen 4 Glas Kochbrunnen trank und mit anderen Kranken gymnastisch behandelt wurde. Während der Cur trat eine acute Attaque von Arthritis im rechten Ellenbogengelenk ein, die in 3 Wochen ohne Steifigkeit des Gelenks zu verursachen verlief; übrigens ist der Zustand durch die Kur nicht geändert.

13. Juli. 3 Glas gekochtes Wasser täglich.
Electrische Behandlung des r. Fussgelenks
das bei Druck empfindlich ist und beim Gehen schmerzt.

21. Juli. Das Gehen fällt Pat. leichter, der Umfang des Gelenks unverändert 27 Ctm.

23. Juli. Da ziehender Schmerz in vielen Gelenken in den letzten Tagen gespürt worden
Rp. Liq. Laville
3 Theelöffelvoll täglich.

27. Juli. Das r. Fussgelenk wird frei und ohne Schmerz bewegt; keine Empfindlichkeit bei Druck, fühlt keinen Schmerz beim Gehen. Die ziehenden Schmerzen haben sich verloren.
Rep. Liq. Laville.
Electrische Behandlung des linken Fussgelenks.

13. August. Fühlt jetzt keinen Schmerz beim Gehen, beide Fussgelenke wieder frei beweglich.

In allen oben referirten Fällen ist die Behandlung erfolgreich gewesen, in anderen Fällen ist das Resultat weniger gut gewesen; die Ursachen der weniger günstigen Resultate waren verschieden.

11) Frau Kl. ca. 50 Jahr, hat seit vielen Jahren an Harnsäuregries gelitten; als Pat. 36 Jahr alt war, hörten die Nierenkoliken auf und seit dieser Zeit fing Pat. an Arthritis zu leiden. Jetzt sind beide Hände schwer ergriffen, alle ihre Gelenke sind geschwollen, steif, empfindlich bei Druck; auch die Fussgelenke sind afficirt.

28. October 1893. Electrische Behandlung der rechten Hand.

6. November. Da der Zustand des Handgelenks nach 8—9 Séancen sich nicht geändert hatte und Pat. sich nicht so wohl fühlte, dass sie ihre Wohnung jeden Tag verlassen konnte, wurde die Behandlung ohne Resultat unterbrochen.

12) Frau Kr. 51 Jahre alt leidet seit mehreren Jahren an einer Affection der Art. metacarpo-phalangea I beider Hände, die etwas anschwollen und sehr schmerzhaft wurden. Das Gelenk ist an der linken Hand von einem Chirurgen resecirt worden; nach der Operation hörte der Schmerz auf, das Gelenk wurde aber ankylotisch. Obgleich die Diagnose Arthritis sehr unsicher war, wurde versuchsweise

7. Mai 1896 electrische Behandlung der rechten Hand institnirt; nach 23 Séancen wurde die Behandlung ohne Erfolg abgeschlossen; es gelang jetzt vom behandelnden Chirurgen das Krankenjournal zu erhalten, in welchem berichtet war, dass bei der Resection des linken Metacarpo-phalangealgelenkes nur einige Schlaffheit der Kapselmembran gefunden war, während sonst sowohl Knorpel als Kapsel absolut normal waren.

Es war somit kein Fall von Arthritis urica.

In einem 13. Falle musste die Behandlung nach 4 Séancen unterbrochen werden, weil ein Morb. cordis den Pat. zwang das Bett zu hüten; der Schmerz im behandelten Handgelenk hatte übrigens schon etwas nachgelassen, und nach späterer Mittheilung hat sich diese Besserung noch nach 6 Monaten erhalten.

In einem 14. Fall hatte Pat. viele Jahre lang an häufigen Nierenkoliken gelitten, es war jetzt sowohl Schmerz im geschwollenen rechten Kniegelenk als auch irradiirender Schmerz längs des N. ischiadicus. Durch Behandlung mit Faschingerbrunnen gelang es die Attaquen von Nierenkolik zu beseitigen und nach electrischer Behandlung wurde das kranke Kniegelenk leichter beweglich und schmerzfrei, während der Schmerz längs des N. ischiadicus sich in unveränderter Heftigkeit erhielt; Pat. ging daher nach Sandefjord um eine Badekur zu versuchen. Endlich wurde ein 15. Fall als ungeeignet für die Behandlung aufgegeben, da Pat, die Frau eines Tagelöhners, so leidend war, dass fast alle Gelenke des Körpers, namentlich die Gelenke der Wirbelsäule und der Kiefer einbegriffen, steif und schmerzend waren und Pat. nur mit grosser Mühe zur Behandlung kommen konnte.

Resumirt man jetzt die 15 Fälle, bei denen die dielectrische Lithionbehandlung in Anwendung gekommen ist, so findet man, dass die Behandlung in 10 Fällen von evidentem Nutzen gewesen ist, während das Resultat in 5 Fällen weniger günstig oder = O gewesen ist. Unter den negativen Fällen findet sich einer, in welchem die Diagnose mit Unrecht auf Arthritis gestellt war, und in welchem somit die Behandlung ohne Aussicht auf Erfolg war; in 3 Fällen musste die Behandlung nach wenigen Séancen wegen komplicirender Leiden unterbrochen werden; in einem Fall wurde eine bedeutende Linderung des Gelenkleidens erreicht, während ein (bestehendes) Nervenleiden ungeändert blieb. Die 10 restirenden Patienten erreichten alle bedeutende Besserung ihres Zustandes, obgleich die meisten bei Anfang der Kur sehr geringe Chancen für einen günstigen Erfolg darzubieten schienen. Das Alter der Patienten scheint ohne Bedeutung für das Resultat zu sein; es ist unter ihnen jede Altersklasse von dem 20-sten bis zu beinahe 80 Jahren repräsentirt; auch die Dauer des krankhaften Processes scheint keine absolute Contraindication abzugeben. Im Fall 8 hatte sich die Geschwulst und die Empfindlichkeit des Handgelenks erst vor wenigen Monaten zu entwickeln begonnen, in anderen Fällen (2. 5. 6.) hatte die Krankheit schon 1 oder mehrere Jahre gedauert, und in noch anderen Fällen waren die pathologischen Veränderungen noch viel älter, da der Anfang der Krankheit (8,15) in einem Fall (7) sogar ca. 50 Jahre zurück datirt werden musste.

Um ein gerechtes Urtheil über die Resultate der Behandlung zu fällen muss im voraus von einer Restitutio ad integrum abgesehen werden. In vielen Fällen waren vieljährige Ankylosen von Gelenken vorhanden, die Atrophie sowohl von Muskeln als von Knochen verursacht hatten, und die durch die Behandlung nicht geheilt werden konnten. Doch ist es mehrmals beobachtet worden, dass Gelenke, die schon längere Zeit hindurch steif und unbrauchbar waren, nach und nach wieder beweglich wurden und von dem Patienten benutzt werden konnten. Was bei der Cur zuerst erreicht wurde war immer die Linderung und gewöhnlich die vollständige Aufhebung der spontanen Schmerzen, die fast immer die Arthritiker anhaltend peinigen; diese Wirkung der Behandlung trat gewöhnlich sehr schnell ein; schon nach 5—6 Séancen erzählten die Patienten, dass sie mehrere Stunden nach der Behandlung schmerzfrei waren, und wenn es so weit gekommen ist, dauert es nicht lange, bis der Schmerz ganz nachgelassen hat.

Der nächste Schritt vorwärts ist dann, dass die Beweglichkeit, oft recht plötzlich, in hohem Grade gebessert wird; man sieht, dass Finger die Jahrelang steif gewesen sind, jetzt ohne jede Schwierigkeit flectirt und wieder extendirt werden können, dass ein Kniegelenk, das im stumpfen Winkel fixirt war, jetzt wieder beweglich wird und extendirt werden kann, so dass das Gehen wieder leicht und ohne Hinken möglich wird, und als Abschluss der Cur verlieren sich auch die sekundären Veränderungen; die atrophirte Muskulatur nimmt an Umfang und Kraft zu, und in vielen Fällen kann die leidende Extremität wieder vollkommen brauchbar werden, wenn auch immer sichtbare Spuren der Krankheit zurückbleiben. Sehr evident ist auch der Einfluss der Behandlung auf das Befinden der Patienten; die Gichtiker, deren Krankheit jahraus jahrein gedauert, und die seit langen Jahren alle Curen versucht und alle Badeorte besucht haben ohne dauernde Linderung zu finden, und die Tag und Nacht von Schmerz geplagt werden, leiden vielleicht am meisten an der Ueberzeugung, dass kein Kraut für ihr Leiden wachse, und dass es ihr unvermeidliches Schicksal sei immer unbeweglicher und elender, sich selbst und ihrer Umgebung eine Plage zu werden. Wenn sie jetzt fühlen, dass etwas für sie gemacht werden kann, leben sie förmlich wieder auf, ihr Gesichtsausdruck wird ein anderer, und sehr bezeichnend hat mir eine gichtische junge Dame erzählt, dass Bekannte die sie nur als leidende, an ihr Zimmer gefesselte, sich nur mit Mühe herumschleppende Patientin gesehen hatten, ausser Stande waren sie wieder zu erkennen, als sie einige Monate später ihnen bei einem Spaziergang begegnete.

Die Grenzen dessen, was bei der dielektrischen Behandlung zu erreichen ist, sind erstens dadurch gesetzt, dass wo solche Veränderungen der Gelenkflächen oder der Knochentheile eingetreten sind, dass die Form der sich berührenden Flächen im Gelenk eine andere und hindernd geworden ist, die Resorption etwaiger Ablagerungen das Gelenk nicht wieder brauchbar machen kann. Ausserdem ist es aber ein Nachtheil, dass die Behandlung dem Arzt und dem Patienten so viel Zeit raubt, und dass es nicht leicht ist die Behandlung an allen Körpertheilen in Anwendung zu bringen. Hände und Füsse und ihre Gelenke können leicht im Lithionbade untergebracht werden; das Kniegelenk und das Ellenbogengelenk machen schon Schwierigkeit; es ist mir aber doch gelungen nach Labatut's Beispiel Apparate construiren zu lassen, welche dies ermöglichen, noch ist es mir aber nicht möglich das Schultergelenk, das Hüftgelenk oder die Gelenke der Wirbelsäule behandeln zu können, und es ist wohl zweifelhaft, ob es bei gichtischen Leiden der Kiefergelenke rathsam sein wird einen electrischen Strom von der erforderlichen Stärke durch den Kopf zu leiten.

Da noch nicht mehr als ein Jahr vergangen ist, seit ich mit der dielectrischen Behandlung anfing, ist es zu früh die Dauer der Resultate zu beurtheilen; jedoch kann schon constatirt werden, dass keiner der Patienten in den früheren Zustand zurückgefallen ist; Recidive sind wohl in mehreren Fällen aufgetreten, die aber meistens nach wenigen Séancen wieder gewichen sind, es giebt aber auch unter meinen Patienten solche, die noch jetzt ebenso freie und schmerzlose Beweglichkeit der behandelten Gelenke zeigen als bei Beendigung der Cur, obgleich seitdem 6—8 Monate oder mehr verflossen sind.

Wenn endlich von einer Erklärung der erreichten Resultate die Rede ist, meine ich unbedingt die Er-

klärung abweisen zu können, dass die Behandlung suggestiver Art sei. Theils wäre es doch zu merkwürdig, dass man so viele und so verschiedene Patienten nach einander dahin suggestioniren könnte, dass sie einen Schmerz vergässen, an dem sie jahrelang gelitten; und Gelenke bewegen könnten, die seit langer Zeit steif waren; theils ist es auch möglich objective Veränderungen an den Gelenken zu beobachten, indem diese schlanker werden und indem sowohl die Tophi als die gallertigen Massen, welche oft die kranken Gelenke zu füllen scheinen, sich an Umfang bedeutend verringern. Endlich habe ich mir grosse Mühe gegeben, jeder Einwirkung suggestiver Art auszuweichen, besonders den ersten Patienten gegenüber stellte ich die Sache als einen blossen Versuch dar, von dessen Resultat es mir unmöglich war etwas voraus zu sagen, und mehrere der Patienten haben mir auch später mitgetheilt, dass sie die Cur anfänglich mit einigem Misstrauen betrachteten, das durch die Erfolglosigkeit früherer therapeutischer Versuche nur zu berechtigt war.

Die Theorie Edison's und Labatut's ist wie oben dargestellt, dass der electrische Strom am positiven Pol Lithion aus der Chlorlithionlösung abspaltet und in wirksamer Form in den Körper einführt und dass in dieser Weise leicht lösliches harnsaures Lithion aus dem abgelagerten Biurat gebildet wird.

Diese Auffassung zu beweisen bin ich nicht im Stande, doch scheint mir vieles für ihre Richtigkeit zu sprechen.

Da das eigentliche primäre Leiden bei der Gicht nach meiner Meinung in den Nieren zu suchen ist, indem die Fähigkeit derselben Harnsäure auszuscheiden verringert ist, so dass es leicht zu einer Retention und Ausfallen von Harnsäure oder harnsauren Verbindungen kommt, und da die Granularatrophie der Nieren, welche immer bei Arthritis gefunden wird, in den meisten Fällen durch die fortdauernde Irritation der Nieren durch Bildung von kleinsten Harnsäureconcrementen verursacht wird, ist es selbstverständlich, dass ich in jedem Falle von Arthritis den Urin chemisch und mikroskopisch untersuche, und dass ich, wenn nöthig, seine chemische Constitution in der Weise zu ändern strebe, dass die Harnsäure in Lösung bleiben kann. Doch gebe ich gleichzeitig genau Acht, dass nicht zu grosse Dosen von alkalischen Arzneimitteln eingenommen werden, dass die Reaction des Harns dauernd alkalisch wird. Wenn der Urin keine Krystalle oder Klumpen von Harnsäure enthält, wie das bisweilen bei alter Arthritis vorkommen kann, liegt keine Ursache vor, Alkalien zu verschreiben, man muss sich dann darauf beschränken, die Diurese zu vermehren, indem man Pat. 3—4 Glas gekochtes Wasser täglich trinken lässt.

In dieser Weise wird wahrscheinlich das mit dem dielectrisch eingeführten Lithion gebildete harnsaure Lithion resorbirt werden und findet bei der erhöhten Diurese Gelegenheit aus dem Körper zu entweichen.

Diese Theorie hat mich also bei der Behandlung der oben erwähnten Fälle geleitet — es ist mir ganz klar, dass diese Theorie nicht unanfechtbar ist und dass es der Zukunft vorbehalten sein muss, ob und in wiefern sie aufrecht gehalten werden kann; wie es aber auch der Theorie ergehen mag, so viel steht fest, dass die Wiedereinführung des constanten Stroms bei der Behandlung von Arthritis und speciell von den chronischen arthritischen Leiden einen grossen Fortschritt bezeichnet, und dass viele Patienten, die früher verurtheilt waren einer immer weiter gehenden Invalidität entgegen zu sehen, jetzt Hülfe finden können; dass die Krankheit für längere Zeit gehemmt werden kann und dass unbrauchbare Gelenke und Körpertheile wieder functionsfähig gemacht werden können, so dass Patienten die schon Jahrelang bedauernswerthe Krüppel waren, wieder im Stande sind das Leben einigermassen zu geniessen und in nützlicher Weise anzuwenden.

Litteraturverzeichniss.

Clemens: Therap. Monatshefte 1893 p. 384.

Dickinson: Diseases of the kidneys Part II.

Ebstein: Natur und Behandlung der Gicht 1882.

Edison: Verhandl. des X-ten internat. med. Congress. B. IV. Abth. 13.

Foveau de Courmelles, Universal med. journ, 1893, Januar.

Grawitz: Bericht des Vereins für innere Medicin Berlin 1895.

Jourdanet und Porte — siehe Labatut.

Kossel: Bericht des Congress. für innere Medicin Wiesbaden, 1896.

Labatut: Dauphiné médical 1893, 1894, 1895.

Lecorché: Traitement de la goutte. Paris, 1894.

Levison: 1) Die Harnsäurediathese. Berlin Hirschwald, 1893.

2) Zur Pathogenese der Gicht: Zeitschrift für klinische Medicin. Wiesbaden, 1896.

Pfeiffer: Die Behandlung der Gicht im Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, 1895.

Poulsson: Norsk Magazin for Lägevidenskab, 1893, pag. 347.

Referate.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, mit besonderer Rücksicht auf allgemeinärztliche Interessen, herausgeg. von Prof. Dr. A. Vossius (Giessen). Halle, Marhold. 1896. Heft 1—3.

Heft 1. Prof. Dr. Vossius. Die croupöse Conjunctivitis und ihre Beziehung zur Diphtherie.

Die Conjunctivitis crouposa s. membranacea ist bekanntlich durch die Bildung fibrinöser Membranen auf der lebhaft entzündeten Conjunctiva characterisirt. Dieselben lassen sich von der leicht blutenden, im Uebrigen aber intacten Schleimhaut abziehen, erneuern sich darnach rasch wieder und verhalten sich in jeder Hinsicht analog den Membranen des Larynxcroup. Infiltration und Zerstörung des darunter liegenden Gewebes, mit nachfolgender Narbenbildung in der Schleimhaut, wie solche bei der Conjunct. diphtheritica vorkommt, fehlt bei der croupösen Form; auch ist bei letzterer die Bildung der Membranen in der Regel auf die Bindehaut der Lider und die Uebergangsfalten beschränkt, ohne auf die Conj. bulbi überzugreifen.

Auf das erste membranöse Stadium der Entzündung folgt im weiteren Verlaufe das blennorrhoische, mit reichlicher eitriger Secretion. Die Conjunct. crouposa ist nur allmählich und erst spät als selbstständiges Krankheitsbild anerkannt worden. Eine oberflächliche Aehnlichkeit mit ihr können gelegentlich auch andere schwere Entzündungen der Conjunctiva erhalten, indem das zähe schleimigeitrige Secret dabei zu membranösen Bildungen eintrocknet. Complicationen von Seiten der Hornhaut, in Form von Infiltraten und Geschwüren sind, nach dem Zeugniss der meisten Autoren, bei der Conjunct. crouposa selten, jedenfalls viel seltener als bei der Blennorrhoe oder gar bei der eigentlichen Diphtherie der Bindehaut; doch hat Verf. an seinem Material diese günstigen Angaben nicht bestätigen können, indem in der Hälfte seiner Fälle die Hornhaut, wenn auch meist leicht, afficirt war. Die Conjunct. crouposa ist vorwiegend eine Krankheit des frühen Kindesalters, und zwar des ersten bis dritten Lebensjahres; ihre Häufigkeit aber ist in verschiedenen Gegenden offenbar sehr verschieden. Eine besondere Disposition für die Erkrankung scheinen vorausgegangene Infectionskrankheiten der Kinder zu geben; sehr häufig werden gleichzeitig Eczeme des Gesichtes und des Kopfes beobachtet, welche durch Uebertragung des Secretes auf die Conjunctiva zum Ausbruch der in Rede stehenden Augenentzündung Veranlassung geben mögen. Die meisten Autoren sind darin einig, dass die Conjunct. crouposa eine infectiöse und contagiöse Erkrankung sei; dafür spricht schon das häufige doppelseitige Auftreten derselben, die Neigung zu Epidemien und die häufige Erkrankung meh-

rerer Geschwister. Dagegen wird von manchen sowohl die infectiöse Natur, wie auch die Contagiosität geleugnet. Von hohem Werthe für die Entscheidung dieser wichtigen Frage sind nun einige neue bakteriologische Befunde und klinische Erfahrungen. In einer Reihe von Fällen ist von durchaus maassgebenden Untersuchern der Nachweis von virulenten Diphtheriebacillen (Klebs-Loeffler) in den croupösen Membranen der Bindehaut erbracht worden.

Andere fanden den Diphtheriebacillen sehr ähnliche Mikroben, noch Andere Strepto- und Staphylokokken allein oder neben den Bacillen, in einzelnen Fällen auch Pneumokokken. Weisen schon diese bakteriologischen Befunde darauf hin, dass die Conjunct. crouposa nicht immer von der Diphtheritis der Bindehaut zu trennen sei, und dass man derselben zur Zeit von Epidemien an Rachendiphtherie ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken habe, so wird ein solcher aetiologischer Zusammenhang durch die folgenden klinischen Beobachtungen noch sicherer festgestellt. Es sind Fälle bekannt geworden, in denen auf die croupöse Erkrankung des Auges echte, manchmal tödtliche, Diphtherie in Rachen, Kehlkopf und Nase folgte; in den Membranen sowohl, wie auch im Secret gleichzeitig bestehender Gesichtseczeme konnten ebenfalls virulente Diphtheriebacillen nachgewiesen werden. In vielen Fällen von Conjunct. crouposa konnte ferner festgestellt werden, dass zur Zeit der Erkrankung in den Heimathsorten der Kinder Fälle von Rachendiphtherie vorgekommen waren. In einem Falle erkrankte die Wärterin des augenkranken Kindes an schwerer Rachendiphtherie.

Der Zusammenhang zwischen Croup der Bindehaut und demjenigen anderer Schleimhäute, besonders des Larynx, ist gleichfalls mehrfach constatirt, ebenso seine Coincidenz mit croupöser Pneumonie (cf. oben Pneumokokken-Befund!)

Verf. hat an seinem Material in mehreren Fällen die Anwesenheit von Diphtheriebacillen in den Membranen bestätigen können und auch mehrfach Complicationen von Conjunct. crouposa sowohl mit Pneumonie wie auch mit Rachendiphtherie beobachtet. Ein Kind, welches mit Conjunct. crouposa in die Augenklinik aufgenommen wurde, verursachte sogar eine Hausepidemie von Rachendiphtherie; es erkrankten ausser diesem noch 4 Kinder mit diphtheritischen Belag auf den Tonsillen. Der Verlauf war in allen diesen Fällen bei Heilserum-Therapie ein günstiger.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die croupöse Conjunctivitis in gewissen Fällen die Bedeutung einer diphtheritischen hat, d. h. dass die Diphtheritis conjunctivae auch unter dem früher für so harmlos gehaltenen Bilde der Conjunct. crouposa auftreten kann; er mahnt daher zur Vorsicht in der prognostischen Beurtheilung dieser Erkrankung, besonders zu Zeiten herrschender Rachendiphtherie und räth zu strenger Prophylaxe in allen Fällen.

Heft 2. Prof. C. Hess (Leipzig) Ueber Linsentrübungen in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen.

Verf. giebt eine übersichtliche Darstellung der bisherigen Kenntnisse von der Aetiologie der verschiedenen Staarformen. Die den letzteren zukommenden klinischen Erscheinungen, anatomischen Veränderungen der Linse etc. werden nur kurz berührt, wo solches zum Verständniss der Pathogenese erforderlich scheint. Einige Bemerkungen über die Ernährung der gesunden Linse, sowie über ihre physiologischen Veränderungen im Alter werden der Besprechung der einzelnen Formen von Linsentrübung vorausgeschickt.

In aetiologischer Hinsicht theilt Verf. die Linsenstaare (Cataracten) in: 1) solche, bei welchen ein directer Zusammenhang mit allgemeinen constitutionellen Erkrankungen nachzuweisen ist, oder wenigstens vermuthet wird: Altersstaar (Cataracta senilis); Cataracta diabetica; die Mehrzahl der angeborenen Staarformen, vor allem Schichtstaar (Cat. zonularis) und Kernstaar (Cat. nuclearis); Ergotinstaar und einige andere seltenere Formen, sowie die experimentelle Naphtalincataract. 2) solche, die zunächst nur auf ein locales Augenleiden zurückzuführen sind, aber als constitutionell im weiteren Sinne insofern aufgefasst werden müssen, als das Augenleiden in Folge einer Allgemeinerkrankung aufgetreten ist: Cataracta polaris posterior bei Retinitis pigmentosa, Catar. chorioidalis, Catar. complicata nach Iridocyclitis. (Eine dritte Kategorie würden diejenigen Linsentrübungen bilden, die aus rein localer Ursache im Auge entstehen; doch gehören diese nicht in das Bereich des vorliegenden Thema's. Ref.).

1) Altersstaar (Cataracta senilis). Als rein locale Momente, welche für die Entstehung des senilen Staars verantwortlich gemacht worden sind, wären hauptsächlich zu nennen: die Schrumpfung des Kernes im höheren Alter und dadurch bedingte Spaltbildung zwischen Kern und Rinde (Becker), sowie die bei der Accomodation durch die Zonulafasern am Linsenaequator ausgeübte Zerrung (Schoen). (letztere wird vom Verf. bestritten) dass aber neben den localen Ursachen auch allgemeine vorhanden sein müssen, darauf weist schon der Umstand, dass nicht jedes Individuum, wenigstens nicht bis zu einem gewissen Alter, am Staar erkrankt, sowie, dass von Cataracta senilis fast immer beide Augen — wenn auch zu verschiedenen Zeiten — betroffen werden (Becker). Von allgemeinen Störungen sind die folgenden als aetiologische Momente herangezogen worden:

Albuminurie. Deutschmann fand bei 33% der von ihm untersuchten Cataractösen Eiweiss im Harn; andere Forscher bestätigten seine Angabe nicht, indem sie bei ihren Staarkranken nicht häufiger Albuminurie constatiren konnten als bei anderen gleichaltrigen Individuen. Bei der Häufigkeit, in welcher bei alten Leuten chronische Nephritis vorkommt, ist damit nicht bewiesen, dass ein causaler Zusammenhang zwischen beiden Leiden besteht (Becker u. A.).

Arteriosklerose. Michel schreibt dem Atherom der Carotis eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung der senilen Cataracte zu; er hat diese Ansicht auch durch mehrere Arbeiten, welche auf sorgfältigen Untersuchungen des Gefässsystems basiren, begründen lassen. Dennoch ist die aetiologische Bedeutung des Atheroms der Carotis zweifelhaft geblieben, da andere Autoren dasselbe nur in der Minderzahl ihrer Fälle constatiren konnten und es nur selten auf der Seite der zuerst getrübten Linse stärker entwickelt fanden.

Das Ergebniss eingehender Forschungen der letzten 20 Jahre lässt sich dahin zusammenfassen «dass die Entstehung der senilen Cataract nicht lediglich aus örtlichen Ursachen erklärt werden darf, aber ebensowenig lediglich aus einer Allgemeinerkrankung. Vielmehr dürften beide Factoren gemeinsam betheiligt sein, und es wird eine dankbare Aufgabe für spätere Forschungen sein, die Wirkung eines jeden dieser Factoren genauer zu präcisiren».

2) Cataracta diabetica. Von allen durch ein Allgemeinleiden bedingten Staarformen ist diese am längsten und am genauesten gekannt; sie kann als Prototyp einer constitutionellen Staarform gelten. Charakterisirt ist die diabetische Cataract durch ihr Auftreten bei verhältnissmässig jugendlichen Individuen, durch rasches Fortschreiten bis zu vollständiger Trübung der Linse, meist gleichmässige Entwickelung auf beiden Augen und durch gewisse Nebenerscheinungen im Auge. Das Aussehen der Linsentrübung an sich ist nicht characteristisch. Ueber die Häufigkeit des Auftretens der Cataract bei Diabetes gehen die Angaben auseinander; die neueren Zahlen schwanken meist zwischen 1–4%. Der Zusammenhang zwischen Diabetes und Linsentrübung ist noch *nicht* genügend aufgeklärt. Insbesondere ist es noch strittig, ob die Anwesenheit von Zucker im Kammerwasser oder Glaskörper dabei von directem Einfluss ist (Heubel); die nachgewiesenen Zuckermengen sind in der That minimal, könnten aber doch bei langdauernder Einwirkung zur Linsentrübung führen.

Mit den durch Einbringung von Zuckerlösung ins Auge und dadurch bedingte Wasserentziehung aus der Linse experimentell an Thieren erzeugten Trübungen ist die Cataracta diabetica nicht ohne Weiteres zu identificiren.

3) Naphthalin-Cataract, vom Verf. besonders eingehend studirt, hat nur eine experimentelle, keine klinische Bedeutung. Doch ist sie geeignet zur Erklärung der diabetischen Cataract, mit welcher sie manche Uebereinstimmung zeigt, herangezogen zu werden. Sie tritt bei Thieren, denen Naphtalin verabreicht wird, neben anderen Vergiftungserscheinungen und gleichzeitig mit Degenerationsherden in der Netzhaut auf. Auch in letzterem Punkt verhält sie sich analog der Cataracta diabetica (Hess, Magnus, Kolinski).

4) Ergotin-Cataract. tritt nach acuter Ergotinvergiftung auf und wird nach Massenvergiftung in grösserer Zahl beobachtet. Sie ist hauptsächlich von russischen Autoren (Teplaschin, Kortnew) beschrieben worden. Die Linsentrübung scheint sich nur im Anschluss an die convulsive Form der Ergotinvergiftung zu entwickeln und wird von den meisten Beobachtern als Folge der überstandenen allgemeinen Krämpfe angesehen.

(Analog dieser Cataract sind noch einige seltene, gelegentlich beobachtete Formen, auf die nicht näher eingegangen wird).

5) Schichtstaar (Catar. zonularis s. perinuclearis): eine trübe Schicht umschliesst schalenförmig den mehr oder weniger klaren Kern und ist ihrerseits wieder von klarer Rinde umgeben. Dieses ist die häufigste aller Staarformen des Kindesalters; ihre nahen Beziehungen zur Rhachitis sind schon lange bekannt (Arlt.). Während man aber früher annahm, dass die Linsentrübung im frühen Kindesalter entstünde, hervorgerufen durch Erschütterung der Linse während der Convulsionen der rhachitischen Kinder, wird die Cataracta zonularis jetzt von den meisten Autoren zu den angeborenen Staaren gerechnet. Gegen die Annahme, dass sie sich erst extrauterin in den ersten Lebens-

jahren entwickele. (Knies u. a.) sprechen genaue vergleichende Messungen der Durchmesser der getrübten Partie und der ganzen Linse 1—3 jähriger Kinder. Man ist zu der Annahme genöthigt, dass zu einer gewissen Zeit des intrauterinen Lebens eine vorübergehende Schädlichkeit auf die zu dieser Zeit neugebildeten Linsenfasern einwirkt; vielleicht handelt es sich um Störungen in der Abschnürung der embryonalen Linsenanlage (Hess). Auf diese Weise lässt sich auch der Zusammenhang mit anderen Erkrankungen ectodermaler Gebilde, speciell des Zahnschmelzes, verstehen. Die Anomalie der Zähne, und zwar der oberen Schneidezähne, bestehend in Defecten des Zahnschmelzes, findet sich bei Schichtstaar sehr häufig (in ca 70% der Fälle) (Horner). Auch Schädelanomalien und andere Abnormitäten sind dabei nicht selten. Wie alle angeborenen Staarformen hat auch der Schichtstaar grosse Neigung zur Vererbung.

Der Cataracta zonularis nahe verwandt sind die andern, selteneren angeborenen Staare: Cataracta nuclearis, totalis, pyramidalis etc.

Die oben zur zweiten Kategorie gezählten Staare, diejenigen nämlich, die zunächst aus localer Ursache entstehen, welch' letztere aber wieder ihren Grund in einer allgemeinen Störung hat — werden nur kurz erwähnt und sind hauptsächlich für den Specialisten von Interesse. Hierher gehören die hintere Polar- und Corticalcataracten, welche bei verschiedenen Erkrankungen der Chorioidea, so auch bei der Retinitis pigmentosa, auftreten und schlechtweg als «chorioidale» Cataracte bezeichnet werden. Dasselbe gilt auch von den infolge schwerer Alteration der die Linse umgebenden Theile, nach Iridocyclitis verschiedener Provenienz, eintretenden Linsentrübungen.

Der Arbeit ist ein reichhaltiges Literaturverzeichniss beigegeben, welches hauptsächlich den nicht ophthalmologischen Collegen die in der specialistischen Literatur verstreuten einschlägigen Arbeiten zugänglich machen soll.

Heft 3. Dr. K. Baas (Freiburg i. Br.) Die semiotische Bedeutuug der Pupillenstörungen.

Seit den ältesten Zeiten der griechischen Medicin haben die Aerzte das Verhalten der Pupillen genau beobachtet. Störungen der Pupillenreaction hatten in früherer Zeit eine besonders grosse Bedeutung für die Beurtheilung intraocularer Erkrankungen, so der «Amblyopie» und der «Amaurose». Nachdem der Augenspiegel das Innere des Auges erschlossen, haben die Pupillensymptome in dieser Richtung an diagnostischem Werth einiges verloren. Dafür aber haben sie in dem Masse, als die innigen Beziehungen der Pupilleninnervation zum übrigen Nervensystem erkannt wurden, eine um so höhere Bedeutung für die Diagnostik nervöser und anderer Allgemeinleiden, sowie für die topische Diagnose centraler Störungen erhalten.

Es kommen hierbei Veränderungen der Form, der Grösse und der Beweglichkeit der Pupillen in Betracht. Das Spiel der Pupille wird beherrscht vom Sphincter pupillae und vom Dilatator pupillae. So sicher der erstere anatomisch nachzuweisen ist, so strittig ist bis heute die Existenz und musculäre Natur des letzteren. Die glatten Muskelzellen des Sphincter sind im sog. kleinen Iriskreise ringförmig angeordnet; das, was beim Menschen als Dilatator angesprochen wird, sind einige vom Sphincter radiär nach dem Irisansatz verlaufende glatte Muskelbündel. Erkennt man die letzteren nicht als pupillenerweiternden Muskel an, so muss zur Erklärung der Erweiterung die Verengerung der Irisgefässe durch Reizung der Vasomotoren herangezogen werden. Die im Irisgewebe wirksamen elastischen Kräfte vermögen nur die mittlere Pupillenweite des todten Auges zu erzielen.

Die mittlere Pupillenweite ist, unter sonst normalen Verhältnissen, abhängig vom Alter, von der Refraction, von der Grösse des Auges etc.

In der Regel sind beide Pupillen gleich weit; Ungleichheit ist, mit seltenen Ausnahmen, stets pathologisch. Die Pupillengleichheit ist nicht an ein entsprechendes Verhalten des Sehvermögens gebunden und sagt über letzteres überhaupt nichts aus, da sie auch bei einseitiger Blindheit vorhanden ist.

Es giebt zweierlei Reaction der Pupille: eine reflectorische Verengerung und eine reflectorische Erweiterung; die erstere ist entweder direct oder indirect (consensuell).

Der Reflexbogen, auf welchem die reflectorische Verengerung, die Lichtreaction der Pupille, zu Stande kommt, hat folgenden Verlauf: Netzhaut, — Sehnerv, — Chiasma, — (Halbkreuzung!), — Tract. opt., — vordere Vierhügelgegend (Centrum der reflectorischen Lichtreaction), — Oculomotoriuskern (speciell Theilkern für den Sphincter), — Nervus Oculomotorius, — Ganglion ciliare, — Ciliarnerven. Da der Reiz sich im Chiasma auf beide Tractus überträgt, werden durch jeden Lichtreiz, auch wenn er nur von einem Auge kommt, beide Sphincterkerne getroffen; sie stehen ausserdem mit einander in directer Faserverbindung. Daher müssen Störungen der Pupillenreaction, welche durch Läsion der centripetalen Bahn bedingt sind, stets doppelseitig sein; bei Läsion der centrifugalen Bahn tritt die Störung einseitig auf.

Zweifelhaft ist noch die Existenz gesonderter centripetal im Sehnerv verlaufender «Pupillarfasern», welche getrennt von den zu den optischen Centren ziehenden optischen Bahnen direct mit dem Centrum der Pupillenreaction in Verbindung treten sollen (Heddaeus, Gudden u. A.). Die Beobachtung sehr seltener Fälle, in denen bei vollständiger Blindheit die Lichtreaction der Pupillen noch erhalten war, hat zur hypothetischen Annahme solcher Fasern Veranlassung gegeben.

Die Lichtreaction der Pupille spielt sich also als Reflex, ohne Betheiligung der höheren Centren ab und dient optischen Zwecken (Abhaltung der Randstrahlen und Schutz der Netzhaut vor Blendung).

Ob es einen sog. «Hirnrindenreflex» der Pupille giebt, d. h. eine durch bewusste Perception eines Lichtreizes in der Hirnrinde ausgelöste Pupillenverengerung (Haab) — ist gleichfalls noch unentschieden.

Die normaliter bei jeder Convergenz und Accomodation gleichzeitig eintretende Pupillenverengung wird von den Einen als Mitbewegung (durch Miterregung des Sphincterkernes seitens des ihm benachbarten Kernes des Accomodationsmuskels) gedeutet, von den Andern auf mechanische Weise (durch stärkere Blutfülle der Iris während der Zusammenziehung des Ciliarmuskels) erklärt.

Der Reflexbogen der Pupillenerweiterung (gleichwohl ob eine active Contraction des fraglichen Dilatator pupillae oder lediglich vasomotorische Gefässverengung angenommen wird) besteht aus folgenden Bahnen: sensible Rückenmarks- und Hirnnerven, — Centrum cilio-spinale superius in der Medulla oblongata, — Centrum cilio spinale im Halsmark (Budge), — vordere Wurzeln der entsprechenden Cervical- und Dorsalnerven, — Rami communicantes, — Grenzstrang des Sympathicus, — Ganglion cervicale supremum, — sympathisches Geflecht der Carotis, — I Ast des Trigeminus, — Ganglion ciliare-Ciliarnerven.

Entsprechend der grossen Ausdehnung des Gebietes der centripetalen, zuleitenden Bahnen können die verschiedensten sensiblen und sensorischen Reize Pupillenerweiterung auslösen; denselben Einfluss haben auch psychische Vorgänge, besonders Affecte. Auf einer directen Reizung der Kerngebiete der Dilatation im verlängerten und im Rückenmark durch Kohlensäure-Ueberladung des Blutes beruht die Erweiterung der Pupillen im Beginne der Asphyxie.

Auf die mannigfachen Einwirkungen, welche die Innervation der Pupillen treffen, weisen die normaliter zu beobachtenden beständigen kleinen Schwankungen der Pupillenweite hin; sie werden hervorgerufen durch Aenderungen des Lichteinfalles, verschiedene sensible, sensorische und psychische Reize, durch Blutcirculation und Respiration, Accomodation und Convergenz u. dergl. m.

Die Mydriatica (das Atropin und die ihm verwandten Stoffe, sowie das Cocaïn) wirken durch Lähmung der intraocularen Zweige des Oculomotorius (Sphincter und Ciliarmuskel) zugleich aber auch durch Reizung des Sympathicus, was besonders beim Cocaïn sich in Gefässverengerung, Lidhebung und leichter Vortreibung des Auges äussert.

Die Miotica (Eserin und Pilocarpin) wirken durch directe Reizung des Sphincter pupillae; sie rufen Miosis auch am atropinisirten Auge hervor.

Die allgemeinen Anaesthetica, vor Allen das Chloroform, bewirken bekanntlich im Beginne der Narkose (im Excitations-Stadium) Erweiterung der Pupillen (durch Reizung des Dilatationscentrums), bei erhaltener Reaction; darauf, in der tiefen Narkose Verengerung (durch Ausfall der Sympathicus-Erregung und durch Reizung des Sphincter-Kernes). In diesem Stadium der engen, noch reagirenden Pupillen, soll die Narkose erhalten werden. Schwinden der Reaction und Weiterwerden der Pupillen zeigen als Lähmungssymptome die drohende Gefahr an.

Blindheit des einen Auges bedingt bei gewöhnlicher Beleuchtung keine Ungleichheit der Pupillen, weil der Lichtreiz sich von dem anderen Auge auf beide Pupillen überträgt. (s. o.). Die Pupille des blinden Auges reagirt nicht direct, nur consensuell; diejenige des anderen Auges nur direct, nicht consensuell.

Blindheit beider Augen ist von Erweiterung beider Pupillen und Schwund jeglicher Lichtreaction an beiden Augen begleitet.

Wo trotz vollständiger doppelseitiger Amaurose noch Lichtreaction vorhanden ist, muss der Sitz der Sehstörung oberhalb des Reflexcentrums der Pupillenreaction, also jenseits der optischen Ganglien (in der Sehstrahlung oder in der Rinde) gesucht werden, wie z. B. bei der urämischen Amaurose. Man hat für manche Fälle eines derartigen Verhaltens

auch die Existenz sog. «Pupillenfasern» im Sehnerven zur Erklärung herangezogen (s. o.).

Bei Hemianopsie, welche ihren Sitz unterhalb der optischen Ganglien, also im Chiasma oder im Tractus opticus hat, muss bei Beleuchtung der blinden Netzhauthälften die Pupillenreaction ausbleiben, während sie bei Beleuchtung der sehenden Hälften erhalten sein muss: «hemianopische Pupillenreaction» (Wernicke). Liegt der Hemianopsie eine Läsion oberhalb der optischen Ganglien zu Grunde (z. B. corticale Hemianopsie), so ist die Pupillenreaction überhaupt nicht gestört. So werthvoll die hemianopische Pupillenreaction für die topische Diagnostik auch ist, so hat ihr Nachweis doch grosse Schwierigkeiten, weil eine isolirte Beleuchtung nur einer Netzhauthälfte wegen der Zerstreuung des Lichtes im Augenraum kaum ausführbar ist.

Den erwähnten Störungen der centripetalen Bahn des Reflexbogens stehen solche der centrifugalen (Oculomotorius-Kern und Nerv) sowie Störungen im Bereiche des Reflexbogens der Dilatation (Sympathicus) gegenüber.

Innerhalb des Oculomotorius- und des Sympathicus-Gebietes kann es sich um Reizung oder um Lähmung handeln

Reizung des Oculomotorius (Kern oder Nerv) bewirkt spastische Miosis. Die Lichtreaction, wie auch die Verengerung bei Accomodation und Convergenz sind beschränkt oder auch ganz aufgehoben; bei Beschattung tritt keine Erweiterung ein; Atropin beseitigt die Miosis, Eserin steigert sie noch. Gleichzeitig mit Accomodationskrampf (Reizung des M. ciliaris) wird diese Form der Miosis durch intraoculare entzündliche Processe hervorgerufen, eventuell auch durch Reizung der Ciliarnerven in der Orbita, im Beginn entzündlicher orbitaler Erkrankungen. Von intracraniellen Erkrankungen führen durch Reizung des Oculomotoriuskernes zu spastischer Miosis: Meningitis, Encephalitis, Haemorrhagien, Tumoren. Auf das Reizstadium kann dann als Zeichen einer Lähmung des Oculomotorius: Mydriasis folgen, so besonders im weiteren Verlaufe der Meningitis, bei zunehmendem Hirndruck etc.

Reizung des Sympathicus (seiner pupillenerweiternden wie auch vasomotorischen Fasern) bewirkt spastische Mydriasis; die Lichtreaction sowohl wie die Verengerung bei Accomodation und Convergenz sind erhalten, die reflectorische Erweiterung auf sensible und andere Reize herabgesetzt oder aufgehoben. Atropin steigert diese Mydriasis ad maximum, Eserin hebt sie auf. Hervorgerufen wird diese Form der Mydriasis durch psychische Erregung bei verschiedenen Psychosen, sie findet sich ferner beim epileptischen Anfall, bei der Hemicranie u. dgl. m.

Häufiger, als intracranielle Störungen führen Läsionen des Sympathicus und der cilio-spinalen Centren zu dieser Mydriasis, welche daher auch einseitig auftreten kann. Hierher gehören z. B. Tumoren des Halses. Meningitis spinalis, Tumoren des Halsmarkes, ferner dyspnoische Zustände. Neben der Mydriasis gehören zum Bilde der Sympathicus-Reizung noch: Blässe der entsprechenden Gesichtshälfte, Erweiterung der Lidspalte (glatter Lidmuskel!) und Vortreibung des Auges (Orbitalmuskel!). Reflectorisch wird eine solche Reizung durch mannigfache Ursachen bewirkt: Darm- und Unterleibsleiden, Bleikolik, Wurmreiz, Wehen, Neuralgien des Trigeminus u. dergl. m.

Lähmung des Oculomotorius oder seines Kernes bewirkt paralytische Mydriasis. Die Erweiterung kann durch Atropin noch gesteigert, durch Eserin beseitigt werden. Die Lichtreaction fehlt, ebenso meist die Verengerung bei Accomodation und Convergenz (wenn es sich nicht um eine isolirte Läsion des Sphincterkernes handelt); die reflectorische Erweiterung auf sensible und andre Reize ist erhalten. Von intraocularen Ursachen der paralytischen Mydriasis sind zu nennen. glaucomatöse Zustände, Contusionen etc. Die Mydriasis ist ferner eine Theilerscheinung der Oculomotoriuslähmung und zwar einer peripheren, orbitalen, basalen, fasciculären oder nucleären. Bei in Heilung übergehender Lähmung wird nicht selten der sog. Hippus beobachtet. ein sprungweises Enger- und Weiterwerden der Pupille, welches dem Nystagmus bei Paresen der exterioren Augenmuskeln analog ist. Oben wurde bereits erwähnt, dass paralytische Mydriasis bei manchen intracraniellen Processen (Meningitis, Hirndruck etc.) als Lähmungssymptom, und daher als ein prognostisch ungünstiges Zeichen, beobachtet wird. Einseitige isolirte paralytische Mydriasis, verbunden mit Accomodationslähmung, weist auf Kernläsion und ist meist syphilitischen Ursprunges.

Lähmung des Sympathicus oder der cilio-spinalen Centren bewirkt paralytische Miosis. Die Lichtreaction und die Verengerung bei Accomodation und Convergenz sind erhalten, Beschattung bewirkt Erweiterung; dagegen fehlt die reflectorische Erweiterung durch sensible und andere Reize. Atropin bewirkt nur mässige Erweiterung, Eserin verengert die Pupille. Die Ursache kann auf der ganzen Bahn von den cilio-spinalen Centren bis zu den Endigungen der Sympathicus-Fasern in der Iris gelegen sein. Als weitere Lähmungserscheinungen können diese Miosis begleiten: leichte Ptosis, Einsinken des Auges, Herabsetzung seiner Tension, Röthung der entsprechenden Gesichtshälfte (cfr. oben: Sympathicus-Reizung). Die Lähmung der cilio-spinalen Centren kann (nach vorhergegangener Reizung) bedingt werden durch cervicale Myelitis, Tumoren, Apoplexien, Verletzungen des Halsmarkes u. dgl. m.

Von besonderer Wichtigkeit ist die spinale Miosis bei Tabes; ihr liegen dieselben degenerativen Vorgänge im Bereiche der Dilatationscentren des Halsmarkes zu Grunde, welche auch in den Hintersträngen stattfinden. Unterstützt wird diese paralytische Miosis noch durch die erschwerte Zuleitung der peripheren sensiblen Reize wegen Erkrankung der sensiblen Bahnen im Rückenmark; heftige Schmerzen können dabei noch vorübergehend Erweiterung der Pupillen bewirken. Amaurose bleibt hierbei ohne Einfluss auf die Pupillenweite Meist ist diese spinale Miosis bei der Tabes combinirt mit der «reflectorischen Pupillenstarre», «Reflexstarre«, «Reflextaubheit» oder «Lichtstarre» der Pupillen (Robertson's Symptom). Bekanntlich ist diese Form der Pupillenstörung, welche in Aufhebung der Lichtreaction bei erhaltener Accomodations- und Convergenz-Verengerung besteht, eines der häufigsten und zugleich eines der frühesten Symptome der progressiven Paralyse und der Tabes. Nicht selten ist dabei auch die Form der Pupille unregelmässig, eckig.

Als anatomische Grundlage der reflectorischen Pupillenstarre muss eine Läsion der Verbindung zwischen der centripetalen optischen und der centrifugalen motorischen Bahn, eine Degeneration in der Gegend des Oculomotoriuskernes und zwar in der Nähe des Theilkernes für den Sphincter pupillae, angenommen werden. Blessig.

Vermischtes.

— Am 15. Januar verstarb der Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes, Wirkl. Geheimrath Dr. N. Zdekauer.

Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens.

— Der 15. Congress für innere Medicin findet vom 9–12. Juni 1897 zu Berlin statt. Die Abhaltung des Congresses geschieht nur in diesem Jahre ausnahmsweise zu Pfingsten. Die Sitzungen finden im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) statt, woselbst sich auch das Büreau befindet. Das Präsidium übernimmt Herr v. Leyden (Berlin).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 9. Juni: Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. Referenten: Herr Bäumler (Freiburg) und Herr Ott (Marienbad).

Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag den 10. Juni: Epilepsie. Referent Herr Unverricht (Magdeburg).

Am dritten Sitzungstage. Freitag den 11. Juni: Morbus Basedowii. Referent Herr Eulenburg (Berlin).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr C. Benda (Berlin): Klinische und anatomische Mittheilungen über akute Leukämie. — Herr v. Jaksch (Prag): Klinische Beiträge zur Kenntniss des Kohlehydratstoffwechsels. — Herr O. Liebreich (Berlin): Die Ziele der modernen medicamentösen Therapie. — Herr E. v. Leyden (Berlin): Ueber die Prognose der Rückenmarkskrankheiten. — Herr Martin Mendelsohn (Berlin): Die klinische Bedeutung der Diurese und die Hilfsmittel ihrer therapeutischen Beeinflussung. — Herr A. Baginsky (Berlin): Zur Pathologie und Pathogenese der kindlichen Sommerdiarrhöen; mit Demonstration. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Zur Aetiologie des chronischen Gelenkrheumatismus — Herr Rumpf (Hamburg): Neue Gesichtspunkte in der Behandlung chronischer Herzerkrankungen. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Klinik der Lumbalpunction. — Herr Jacques Mayer (Karlsbad): Diabetes mellitus im jugendlichen Alter.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses, Herr Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse 4, entgegen.

Für Krankenvorstellungen und Demonstrationen ist eine ganze Nachmittagssitzung vorbehalten; dieselben bedürfen vorheriger Anmeldung.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Appparaten, Instrumenten, Präparaten etc., verbunden. Auskunft über diese Ausstellung ertheilt der Vorsitzende des Ausstellungscomités, Herr Generalarzt Schaper in Berlin, Königl. Charité, oder der Schriftführer des Berliner Lokalcomités. Herr Priv.-Doc. Martin Mendelsohn, Berlin N W., Neustädtische Kirchstrasse 9, an welche auch die Anmeldungen der Demonstrationen etc. zu richten sind. Die Ausstellung wird gleich-

falls im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) stattfinden. Das Festessen des Congresses wird im Zoologischen Garten abgehalten werden.

— Am 15. d. Monats begannen hierselbst die Sitzungen des Congresses zur Ausarbeitung von Massregeln gegen die Syphilis in Russland. Dieselben finden unter dem Präsidium des Directors des Medicinal-Departements Dr. Ragosin im früheren Local des Conservatoriums (in der Theaterstrasse) statt. Zum Congress wurden ca. 300 Delegirte aus allen Theilen des Reiches erwartet. Das überaus reiche Material, welches im Medicinal-Departement eingelaufen, ist von dem Organisations-Comité gesichtet und den Congressmitgliedern in Form von gedruckten Referaten zugestellt worden, so dass sich der Congress in seinen Sitzungen auf Debatten über diese Referate beschränken kann.

— Am 2. Februar d. J. begeht die St. Petersburger medicinische Gesellschaft, die früher den Namen Gesellschaft St. Petersburger Aerzte trug, das 25 jährige Jubiläum ihres Bestehens mit einer Festsitzung im Local des «Rothen Kreuzes».

— Am 7. Januar feierte hierselbst Dr. N. P. Tscherepnin, Consultant der Anstalten der Kaiserin Maria und Arzt des Ministeriums der Reichsdomänen, das 30 jährige Jubiläum seiner ärztlichen und dienstlichen Thätigkeit. Der Jubilar ist auch durch seine trefflichen Uebersetzungen ausländischer medicinischer Werke in's Russische bekannt.

— Der Professor der Anatomie in München, Dr. Carl v. Kupffer, (gebürtig aus Kurland und früher Professor in Dorpat), ist zum bayrischen Geheimrath ernannt worden.

— Am 30. December v. Jahres beging der bekannte Pharmakolog, Prof. Dr. O. Liebreich, sein 25 jähriges Jubiläum als Professor der Berliner Universität.

— Dem Vernehmen nach, ist der Rector der Warschauer Universität, Prof. Dr. Kowalewski (Psychiater), um seinen Abschied eingekommen.

— Verstorben: 1) Am 30. December a. pr. in Kiew der dortige Arzt Emil Funcke im 56. Lebensjahre. Als Sohn eines Apothekers in Kiew geboren, machte er seine medicinische Studien ebendaselbst und war nach Absolvirung des Cursus im J. 1863 viele Jahre Ordinator an der dortigen geburtshülflichen Klinik und dann Director der bei der Universität eingerichteten geburtshülflichen Poliklinik. Als erfahrener und mit sympathischen Charaktereigenschaften ausgestatteter Arzt erfreute sich der Verstorbene einer ausgedehnten Praxis in Kiew. 2) Am 1. Januar in Dresden der Generalarzt des Sächsischen Armeecorps und Leibarzt des Königs von Sachsen, Dr. Christian Jacobi, an einem Krebsleiden im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich namentlich durch seine Leistungen als Chirurg ausgezeichnet. 3) Am 30. December Dr. Wilhelm v Renz in Wildbad, wo er von 1868 bis vor Kurzem Badearzt war. Von ihm stammen eine ganze Reihe von Schriften über Wildbad in medicinischer und culturhistorischer Beziehung, sowie eine Arbeit über die damals kaum erst erkannten Trichinenkrankheit. 4) In Hamburg der bekannte Specialist für Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten, Dr. Michael, welcher werthvolle Beiträge zu den Krankheiten des Kehlkopfs und der Nase, sowie zur Physiologie der Stimme und der Sprache geliefert hat. 5) Am 8. Januar in seiner Villa auf der Eisenbahnstation Udelnaja bei St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. Friedrich Jordan im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1859 die ärztliche Praxis ausübte, war Ordinator am ehemaligen ausserstädtischen Hospital und viele Jahre hindurch Director des Basilewski'schen Alexander-Marienasyls, sowie Arzt am Nowossilzew'schen Armenasyle.

— Der Privatdocent der Chirurgie Dr. A. Hoffa in Würzburg, welcher durch seine operative Behandlung der Luxatio coxae congenita, sowie durch seine trefflichen Lehrbücher der orthopädischen Chirurgie und der Verbandlehre sich einen Namen gemacht hat, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Privatdocent Dr. Carl Seitz, Vorsteher der pädiatrischen Poliklinik im Reisingerianum in München, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Die Pariser Académie de Médecine hat den beiden in Paris lebenden Aerzten deutscher Abkunft Dr. Loewenberg und Dr. S. Goldschmidt (früher auf Madeira) Preise verliehen, wodurch dieselben das Anrecht auf den Titel eines Laureaten der Academie erlangt haben.

— Dem Institut Pasteur in Paris ist von der Baronin Hirsch eine Spende im Betrage von zwei Millionen Francs zugegangen.

— Die Sammlungen zur Errichtung eines Denkmals für Pasteur haben bereits über 200,000 Francs ergeben.

— Die spanische Gesellschaft des «Rothen Kreutzes» hat als Dank für die von der Gesellschaft des russischen «Rothen Kreuzes» übersandte Spende im Betrage von 5000 Francs zur Errichtung eines Sanatoriums für die Verwundeten auf der Insel Cuba der hiesigen Hauptverwaltung ein Ehrendiplom zugesandt.

— Nach dem Jahresbericht der militär-medicinischen Academie pro 1896 betrug die Zahl der Studirenden zum 1. September 1895 im Ganzen 725, wozu 11 Südslaven als freie Zuhörer kamen. In Berichtsjahr wurden 127 Personen in die Zahl der Studirenden neu aufgenommen und es absolvirten den Cursus 122 Studirende.

— Dem verstorbenen französischen Arzt Dr. Maillot, welcher zuerst das Chinin beim Wechselfieber verwandte, ist an dem Orte seiner ärztlichen Thätigkeit, in Algier, ein Denkmal errichtet worden. Ausserdem ist seine Büste in einer der Hauptstrassen dieser Stadt und eine ebensolche in der Krankenabtheilung des Mustapha-Hospitals, welche unter seiner Leitung stand, aufgestellt worden.

— In Kunda ist im December-Monat das erste Leprosorium für Estland eröffnet und sind bereits über 20 Lepröse in demselben untergebracht worden.

— Im preussischen Staatshaushaltsetat für 1897/98 sind zur Bekämpfung der Lepra 36,000 Mark ausgeworfen worden, welche zur Errichtung eines Leprakrankenheims im Kreise Memel verwandt werden sollen. Seitens der preussischen Regierung ist eine Commission zum Studium der Lepra und der Leprosorien in die Baltischen Gouvernements gesandt worden um die daselbst gesammelten Erfahrungen bei dem Bau und der Einrichtung des Lepraheims im Kreise Memel verwerthen zu können.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Januar d. J. 7582 (268 mehr als in d. Vorw.), darunter 721 Typhus — (14 wen.). 867 Syphilis — (97 wen.), 137 Scharlach — (5 mehr), 87 Diphtherie — (6 mehr), 24 Masern — (4 mehr) und 19 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 21. Januar 1897.
Wahl des wissenschaftlichen Secretairs.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. Februar 1897.

Дозв. ценз. Спб. 18 Января 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, (30.) 18. Januar 1897

Das multiloculäre Kystom des Netzes.

Von

Dr. A. v. Bergmann (Riga).

Ueber einen Fall von multiloculärem Lymphkystom des Omentum majus hat vor zwei Jahren Schwarzenberg[1]) berichtet, er sieht seinen Fall für ein Unicum an. In der That ist bisher, soweit mir die Literatur zugänglich ist, keine Mittheilung eines solchen oder ähnlichen Falles erfolgt.

Die chirurgischen Lehrbücher, sowie Ziegler's pathologische Anatomie erwähnen des multiloculären Netzkystoms garnicht. Es ist daher verständlich, wenn vorkommenden Falls die Diagnose desselben das gleiche Loos erfährt, wie nach Schwarzenberg die Netztumoren überhaupt, dass sie nämlich nicht richtig gestellt wird.

Das multiloculäre Kystom des Omentum präsentirt sich unter ganz ähnlichen Erscheinungen wie das Ovarialkystom, von dem es sich dadurch unterscheidet, dass es keine Lageveränderung des Uterus bedingt, sowie durch die Unmöglichkeit (Schwarzenberg) tief in's Becken hinabgedrückt werden können. Dass dieses letzte Moment nur einen sehr relativen Werth hat, liegt auf der Hand.

Fällt die Möglichkeit eines Ovarialkystoms überhaupt fort, wie in nachstehendem Fall, so richtet sich das Augenmerk in erster Linie auf diejenigen Processe am Peritoneum, welche durch Bildung von Adhäsionen und Verlöthungen, Flüssigkeitsansammlungen in einer Weise hervorbringen, wie sie den Cysten täuschend ähnlich sein können, vor Allen die tuberkulöse Peritonitis.

In Betracht kämen ferner noch die acuten Sarkome, welche sich im Netz in Knotenform entwickeln und «nicht selten eine Ansammlung ascitischer Flüssigkeit in Cystenform» nach König[2]) aufweisen.

Die Differentialdiagnose des Netzkystoms müsste ihre Stützen suchen dem Sarkom gegenüber in dem Fehlen nachweisbar resistenterer, derber Partien des Tumors und der tuberkulösen Peritonitis gegenüber in der starken Auftreibung und Spannung des Leibes.

Die Krankengeschichte meines Falles ist folgende:

H. N. 50 Jahr alt aus Litthauen, giebt an seit einem Jahr und acht Monaten krank zu sein. Als erste Erscheinung fiel ihm eine Vorwölbung des Leibes in der Magengrube auf, seine Aerzte sagten ihm angeblich, dass die Ursache dafür in einem Magenkatarrh zu suchen sei.

Weder Erbrechen, noch Icterus noch Koliken hat Pat. gehabt.

Mit ca. neun Monaten fing der Leib an stark zu schwellen und machte sich der Kranke, dadurch beunruhigt, auf den Weg, um in den Kliniken von Petersburg und Moskau Hülfe zu suchen. Hier ist er angeblich mehrfach untersucht und punktirt worden, um schliesslich mit einer innern Medication entlassen zu werden.

In letzter Zeit traten Durchfälle auf, etwa 4 mal täglich, welche kein Blut zu Tage förderten, jedoch die Kräfte des Kranken sehr reducirten.

Ende Mai 1896 liess Pat. sich in das Rigasche Stadtkrankenhaus aufnehmen, wo er zuerst der innern Abtheilung zugewiesen wurde. Hier wurde anamnestisch festgestellt, dass in der Ascendenz des Patienten Erkrankungen an Carcinom vorgekommen — sein Vater war an einem Carcinom gestorben. Aus dem Untersuchungsbefunde ist hervorzuheben, dass der Leibesumfang in der Nabelgegend 108 Ctm. betrug, der Leib im Uebrigen gleichmässig ausgedehnt war und keinerlei Tumoren durchfühlen liess. Durch Punction ist am 31. Mai eine 5000 Ccm. betragende Menge hämorrhagisch gefärbter Flüssigkeit und am 5. Juni nochmals 1400 Ccm. abgelassen worden, ohne dass dadurch die Ursache des präsumirten Ascites aufgeklärt werden konnte. Es wurde dem Kranken darauf eine probatorische Laparotomie vorgeschlagen, auf welche er auch einging.

Am 10. Juni trat der über mittelgrosse kräftig gebaute, jedoch sehr abgemagerte Kranke in die chirurgische Abtheilung ein, er war anämisch, das Gesicht namentlich eckig und abgezehrt, die Augen eingesunken. Der Leib war wieder zu der alten Höhe ausgedehnt, jedoch nicht ganz symmetrisch, die linke Seite schien mehr vorzutreten. Es bestand eine sehr deutliche cutane Venenzeichnung, pralle Spannung des Leibes, exquisite Undulation. Der Percussionsschall war überall gedämpft, erst links seitlich konnte in geringer Ausdehnung normaler Darmschall nachgewiesen werden.

Die Inspection der Lumbalgegend in Knieellenbogenlage ergab keine Differenz der beiden Seiten in ihrer Configuration. Die Untersuchung per rectum ergab einen normalen Befund, vor

[1]) Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XI. p. 713.
[2]) König. Lehrbuch der Chirurgie. II. p. 252.

Allem kein stärkeres Vorgetretensein der vorderen Rectalwand.

Der Urin hatte ein spec. Gew. von 1028 enthielt weder Eiweiss, Zucker noch Indikan. Der Lungen- und Herzbefund war normal. Das Zwerchfell war nach oben gedrängt.

Am 12. Juni wurde nach der üblichen Vorbereitung (Abführung, Lavements und Tinct. opii gtt X am Abend und Morgen vor der Operation) zur Eröffnung der Bauchhöhle geschritten. Der Schnitt begann etwa 5 cm unterhalb des proc. xiphoid. in der linea alba und wurde um den Nabel bis dicht an die Symphyse geführt.

Nach Durchtrennung des Peritoneum präsentirt sich ein mächtiger cystischer Tumor, der nach den Seiten, nach unten und hinten hin frei beweglich erscheint, oben jedoch fest angelöthet ist.

Neben dem Tumor findet sich in ganz geringer Menge helle ascitische Flüssigkeit.

Der Tumor wird nun angestochen und die blutig seröse Flüssigkeit, welche im Strahl hervorschiesst, sorgfältig aufgefangen. Der Tumor fällt dadurch zusammen und sieht man ihn seitlich durch mehrere Netzstränge gehalten, welche unterbunden und durchtrennt werden.

Um das Volumen des Tumors noch mehr zu verkleinern, wird er an einer zweiten Stelle angestochen, und nachdem hier klare dunkelgelbe Flüssigkeit — ohne jegliche Blutbeimengung ausgeströmt, fällt der Tumor so zusammen, dass man ihn fast ganz aus der Bauchhöhle entwickeln kann.

Nun werden die letzten Netzstränge ligirt und durchtrennt, beim weiteren Vorziehen des Tumors folgt der Magen mit herab, dem der obere Pol des Tumors fest angelöthet ist und zwar an der grossen Curvatur in der Nähe des Pylorus. Eine Auslösung des Tumors ist hier nur durch eine Resection der Magenwand möglich, welche denn auch in der ganzen Dicke derselben in einer Länge von etwa 7 cm vorgenommen wird.

Die Magenwunde wird durch Nähte in 3 Etagen geschlossen.

Die letzte freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle wird mittelst Gazebäuschen aufgesogen.

Eine nochmalige Revision des Operationsgebiets ergiebt, dass vom grossen Netz nichts vorhanden ist, abgesehen von den ligirten Stümpfen, welche am Colon transversum und der grossen Curvatur des Magens sitzen.

Die Bauchwunde wird hierauf durch die Naht geschlossen.

Aus dem weiteren Verlauf ist zu erwähnen, dass Patient an demselben und den beiden folgenden Tagen mehrfach erbricht, anfangs gallig gefärbte, später dunkelbräunliche Massen.

Per os werden nur Eispillen gegeben, die Ernährung findet durch Nährklystiere statt.

Am 13. Juni muss Patient katheterisirt werden, weil er nicht spontan uriniren kann.

15. Juni. Patient hat nicht mehr erbrochen, er klagt über Schmerzen im Leibe, welcher jedoch weder aufgetrieben noch druckempfindlich ist.

17. Juni. Der Appetit regt sich. Es sind Winde abgegangen.

18. Juni. Euphorie. Patient hat mit Appetit Hühnersuppe gegessen.

21. Juni. Bis auf ein paar oberflächliche werden sämmtliche Suturen entfernt. Die Wunde ist lineär verklebt. An diesem Abend hat Patient seine höchste Temperatur 37,8.

27. Juni. Die letzten Nähte werden entfernt. Pat. verlässt in den nächsten Tagen das Bett, bewegt sich ohne alle Beschwerden umher, geniesst mit gutem Appetit Fleisch, Brot und Suppe.

Am 10. Juli reist Pat. nach Hause.

Der Tumor war eine mehrkammerige Cyste genau von dem Aussehen wie es die Ovarialkystome darbieten. Die Gesammtmenge seines Inhalts betrug 9 Liter einer klaren dunkelgelben Flüssigkeit, welche nur soweit sie der vordersten Kammer der Cyste entstammte eine Beimengung von Blut zeigte, allem Anschein nach in Folge der dort stattgehabten Punktionen.

Die Cystenwand war dünn aber fest, so dass ein fester Zug an derselben möglich war ohne dass Einrisse entstanden.

Der obere Pol zeigte eine wesentlich andere Beschaffenheit. Hier verdickte sich die Cystenwand zu einer etwa Zolldicken, auf dem Durchschnitt braunrothen Schicht, welche ein durchweg gleichartiges Aussehen zeigte und einen handflächengrossen Bezirk einnahm. Ungefähr die Mitte dieses Gebietes adhärirte der Magenwand so fest, dass man auf dem Durchschnitt eine Grenze zwischen der Serosa des Magens und dem Tumor nicht nachweisen konnte. Die Magenschleimhaut war jedoch nicht in die Neubildung mit hineinbezogen.

Nach allem Angeführten kann der Tumor nicht anders als ein multiloculäres Netzkystom angesprochen werden, welches an seinem oberen Pol eine maligne Degeneration zeigte. Mit dieser Diagnose wurde der Tumor behufs mikroskopischer Untersuchung in die Prosectur geschickt. Die Antwort lautete: Endothelioma carcinomatosum (Dr. Schabert).

Kürzlich angestellte Nachfragen nach dem Tumor ergaben leider, dass das Präparat abhanden gekommen ist, so dass eine eingehendere Beschreibung dieser interessanten Neubildung nach ihrer pathologisch-anatomischen Seite hin nicht mehr zu erwarten steht.

H. N. habe ich am 26. Sept. wiedergesehen. Er hatte sich sehr erholt, hatte zugenommen und gab nur an gelegentlich am rechten Rippenbogen Schmerzen und noch nicht den Appetit der gesunden Tage zu haben. Im Uebrigen fühle er sich vollkommen gesund. Eine eingehende Untersuchung des Mannes ergab einen völlig normalen Befund.

In der lineären Narbe hatte sich im Epigastrium eine Fingerkuppengrosse Diastase gebildet. Eventuell waren die Beschwerden, welche er angab, mit dem Bestehen dieser Diastase in Zusammenhang zu bringen.

Marienbad als Curort für chronische Herzkrankheiten.

Von
Professor Dr. E. Heinrich Kisch
in Prag-Marienbad.

Es ist noch nicht allzu lange her, dass in den Brunnenschriften, selbst jenen, welche alle erdenklichen Krankheiten als indicirt für den betreffenden Curort anführten, stets eine Contraindication angegeben wurde — nämlich Herzkrankheiten. Diese Erkrankungen wurden als ein für Brunnen- und Badecuren nicht geeignetes Object betrachtet. Ich darf wohl für mich das Verdienst in Anspruch nehmen, vor mehr als 20 Jahren bereits diesem Verdicte entgegengetreten zu sein. Ich schrieb damals: «Patienten können nicht nur trotz der Herzfehler, sondern gerade wegen Herzfehler in Curorte gesendet werden und die daselbst zur Verwerthung gegebenen Heilmittel benutzen. Individualisiren gilt hier als Hauptregel» und entwickelte meine Anschauungen über die Balneotherapie der einzelnen Herzkrankheiten (Balneotherapie, Wien. 1875). Seit dieser Zeit ist ein totaler Umschwung der Anschauungen eingetreten und es ist fast notwendig, sich wiederum gegen eine zu grosse Verallgemeinerung der Anwendbarkeit von Brunnen- und Badecuren bei Herzleiden zu wenden. Die Zahl der Herzkranken, welche alljährlich besonders nach Nauheim und Marienbad geschickt werden, ist eine ausserordentlich grosse und stetig zunehmende.

In den folgenden Zeilen möchte ich auf Grund meiner zahlreichen Erfahrungen die Anzeigen und Gegenanzeigen für den Gebrauch Marienbad's für Herzkranke näher skizziren.

Vor Allem eine kurze Angabe der Heilmittel, welche diesbezüglich dem Curorte Marienbad zu Gebote stehen.

Den ersten Rang nehmen die Kohlensäurereichen Mineralbäder ein, welche in den verschiedenen Abstufungen des Kohlensäuregehaltes und der Beimengung von Salzen zur Verfügung stehen, und zwar in der stoffarmen und mässig Kohlensäurehaltigen «Marienquelle», in den Bädern der Kohlensäurereichen Eisenwässer «Ambrosius- und Carolinenbrunnen» bis zu den Bädern aus dem an Kohlensäure und Salzen reichen «Ferdinandsbrunnen». Es ist wohl jetzt durch die von mir sowie Jacob, Schott, Groedel u. A. vorgenommenen Versuche als festgestellte Thatsache zu betrachten, dass die an Kohlensäure reichen Mineralbäder (Säuerlingsbäder, Stahlbäder, Soolbäder) eine reflectorische Wirkung auf die Herzthätigkeit üben, welche sich dadurch kund gibt, dass der Puls langsamer und kräftiger, die Thätigkeit des Herzens regulirt, die Herzmuskulatur selbst besser ernährt wird, kurz dass die kohlensauren Bäder ein sehr wirksames Stärkungsmittel des geschwächten Herzens sind, welche auf den Muskelansatz desselben sowie auf die Energie seiner Function mächtigen Einfluss üben.

Durch Auswahl der verschiedenen Kohlensäurehaltigen Bäder (neben der Anwendung verschiedener Temperaturgrade und Bademethoden) ist der Arzt in der Lage vorsichtig steigernd zu Werke zu gehen von den wärmeren, an Kohlensäure mässig gehaltvollen, ruhigen Bädern, welche mehr auf die Herznerven beruhigend, Herzentlastend wirken, bis zu den durch sehr bedeutenden Kohlensäurereichthum ausgezeichneten Bädern von kühlerer Temperatur und stärkerer Bewegung, welche durch einen heftigeren Reiz auf Herz- und Gefässnerven den Herzmuskel kräftigen und zu vermehrtem Muskelansatze anregen.

Vergleichen wir in Bezug auf den Kohlensäurereichthum die Kohlensäureärmsten Quellen von Nauheim und Marienbad nämlich, die Quellen Nr. VII Nauheims und den Ferdinandsbrunnen Marienbads, so enthält die Erstgenannte (nach Credner's Nauheim 1894) in 1 Liter Wasser 1166,4 Ccm freie Kohlensäure, der Marienbader Ferdinandsbrunnen 1127,7 Ccm. der Marienbader Carolinenbrunnen 1514 Ccm., also, dass Marienbad über den grösseren Kohlensäurereichthum verfügt.

Zunächst den Bädern kommt der innere Gebrauch der Marienbader Glaubersalzwässer, des Kreuzbrunnen und Ferdinandbrunnen, ferner des Eisenwassers Ambrosiusbrunnen zur Trinkcur in Betracht, ein wesentlicher Vorzug, den Marienbad bezüglich der Balneotherapie der Herzkranken vor Nauheim voraus hat. In der systematischen Anwendung der leicht abführend wirkenden Glaubersalzwasser ist aber ein wichtiges und bei Herzkranken häufig indicirtes Mittel gegeben, um durch Ableitung auf den Darmcanal und durch reichlichere Stuhlentleerungen eine wesentliche ergiebige Entlastung des Blutgefässsystems herbeizuführen und der erhöhten Druckzunahme in demselben entgegen zu wirken. Andererseits kann es aber bei anaemischen Herzkranken zuweilen angezeigt sein, die haemopoetischen Organe durch Einverleiben von Eisen mittelst der Eisenwässer zu unterstützen.

Und noch ein Vortheil Marienbad's ist hervorzuheben, das ist dessen klimatische mittlere Höhenlage von 610 Meter Erhebung über der Meeresfläche gegenüber der Lage von Nauheim 140 Meter über der Meeresfläche. Die mittelhohe Lage Marienbads in einer durch weithin sich erstreckende Waldberge gegen heftige Winde geschützten Gegend bietet eine reine verdünntere Luft, welche einerseits die Herzaction kräftig anregt, anderseits die blutbildenden Organe in gesteigerte Thätigkeit versetzt. Endlich ist durch die mannigfaltigen Uebergänge vom ebenen Boden zu den Bergen eine günstige Gelegenheit geboten, den Herzmuskel in einer der Individualität entsprechenden Weise, zu üben und zu einer sich allmälig steigernden Arbeitsleistung heran zu ziehen.

Die Herzkrankheiten, welche für die Marienbader Trink- und Badecur in Betracht kommen, sind:

1. Das Mastfettherz, die Herzbeschwerden der Fettleibigen. Diese Indication ist, da Marienbad mit Recht schon lange als Curort per excellence gegen Lipomatosis universalis gilt, wohl jedem practischen Arzte geläufig. Hervorgehoben sei nur, dass nicht nur das erste Stadium des Mastfettherzens, wo die Beschwerden durch das im subpericardialen Bindegewebe stärker angesammelte Fett nur in geringem Grade sich geltend machen, Herzklopfen und Athembeschwerden blos beim Treppen- und Bergsteigen, sowie bei anhaltenden Körperbewegungen eintreten, sonst aber die Triebkraft des Herzens noch eine recht gute ist, Object für die den Fettverbrauch steigernden Glaubersalzwasser bildet. Auch bei weiterer Entwickelung des Mastfettherzens, bei Vordringen des Fettes in das Myocardium und bei Steigerung der sich der Herzthätigkeit entgegenstellenden Widerstände durch Ausdehnung des Unterleibes mit Fettmassen, Aufwärtsgedrängtsein des Zwerchfelles, Beeinträchtigung des Brustraumes, selbst wenn sich schon wesentliche Störungen des kleinen Kreislaufes mit Dyspnoe, nächtliche asthmatische Anfälle, Venenstauungen im Nierenkreislaufe mit Albuminurie kund geben, zeigt sich noch die günstige Wirkung der methodischen Brunnen- und Badecuren in Marienbad.

Die Glaubersalzwässer Marienbads wirken hier in folge ihrer kalten Temperatur und ihres Kohlensäuregehaltes diuretisch, durch ihren Salzgehalt leicht abführend wobei aber auch ihr spezieller Einfluss auf den Stoffwechsel, indem sie den Oxydationsprocess der Fettgebilde erhöhen, ohne den Eiweissbestand des Körpers anzutasten, in Betracht kommt. Ihre Verwendung zur Trinkcur eignet sich vorzugsweise bei jener Form des Mastfettherzens, welche bei Wohllebern durch zu reichliche Ernährung entstanden ist, bei Frauen im climacterischen Alter vorkommt, oder wo hereditäre Anlage zur Fettleibigkeit sich in Folge begünstigender Einflüsse entwickelt hat. Unter dem Gebrauche der betreffenden Quellen, welche ich in mehreren auf den Tag vertheilten Gaben trinken lasse, habe ich nicht nur bei leichteren Beschwerden von Seite des Herzens dieses von dem Andringen der Fettmassen zu befreien und seine Arbeit zur Norm zurück zu führen vermocht, sondern auch in Fällen mit gestörtem hydrostatischen Gleichgewichte, wo es bereits zu hydropischen Anschwellungen gekommen war, eine Entlastung von den Stauungssymptomen und durch entsprechende Anregung der Energie der noch intact gebliebenen Partien der Herzmuskulatur Erleichterung der bedrohlichen Symptome und Fristung des Lebens erzielt.

In den Fällen von einfachem, nicht complicirtem und nicht sehr hochgradigem Mastfettherz, wo der von Fett umwachsene Herzmuskel seiner Aufgabe nicht mehr vollkommen zu entsprechen vermag, dabei immerhin noch recht leistungsfähig ist, ist der Erfolg einer vier- bis sechswöchentlichen Marienbadercur ein äusserst prompter, geradezu überraschender. Mit der allgemeinen Fettreduction nehmen die Herzbeschwerden ab, ja verschwinden vollständig. Die Patienten können anhaltend gehen, ja steigen, ohne dass Kurzathmigkeit und Herzklopfen eintritt, die Neigung zu Schwindel hat aufgehört und der Puls ist wieder kräftiger und regulär geworden. Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse in den vorgeschrittenen Fällen des Mastfettherzens, wo mit dem Uebergreifen der Fettwucherung auf das Myocardium und der allmähligen fettigen Degeneration die ernsten Zeichen der Herzinsufficienz auf dem ganzen Gefässgebiete zu Tage treten. Hier ist jede Brunnencur allzuhäufig ein zweischneidiges Schwert, das nur mit grosser Vorsicht und Umsicht gehandhabt werden kann. Sorgfältige Ueberwachung der Wirkung des Trinkens in Bezug auf die Beschaffenheit des Pulses, sowie auf die Menge des ausgeschiedenen Harnes, genaue Regelung der diätetischen Massregeln sowie des dem Einzelfalle angepassten Masses von körperlicher Bewegung sind unbedingt nothwendige Erfordernisse, deren Durchführung Hand in Hand mit der eigentlichen Trink- und Badecur gehen muss. Sobald die fettige Myodegeneration sich als vorgeschritten erweisst, so dass allgemeiner Stauungshydrops mit Verfall der Kräfet vorhanden ist, halte ich die Durchführung einer Marienbadercur für contraindicirt.

2. Herzhypertrophie. Bei zweierlei Arten von Herzhypertrophie (allgemeiner oder partieller, worauf hier nicht eingegangen werden soll) erscheinen die Glaubersalzwässer Marienbads zur Durchführung einer Trinkcur indicirt und geeignet, wesentliche symptomatische Erleichterung des Leidens zu verschaffen, sowie der Entwickelung höherer Grade vorzubeugen, nämlich bei Herzhypertrophie, welche sich zu allgemeiner Plethora

gesellt und Herzhypertrophie, welche ihren Grund im chronischen Lungenemphysem hat.

Die ersteren Fälle betreffen Personen, welche eine üppige Lebensweise führen, durch unmässige Zufuhr von Speisen und Getränken eine Ueberfüllung der Blutgefässe verursachen, durch den Genuss spirituöser und irritirender Getränke die Herzthätigkeit häufig im Uebermasse anregen. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, wie durch die Vermehrung der Blutmenge, durch die Ausdehnung des Unterleibes, Aufwärtsgedrängtsein des Zwergfells u. s. w. eine enorme Steigerung der Widerstände, die sich der Thätigkeit des Herzens entgegensetzen, stattfindet, die compensatorisch zur Hypertrophie der Herzmuskulatur führt. Der Kreuzbrunnen und Ferdinandsbrunnen wirken hier dadurch günstig ein, dass sie die Darmsecretion lebhafter anregen und hiemit einen Theil des zu reichlich angesammelten Blutes verwerthen, die Blutstockungen beheben, das Fortrücken des Blutes erleichtern und so die Arbeit des Herzens verringern, damit aber auch den bedrohlichen Folgen des gesteigerten Blutdruckes entgegenwirken.

Auf diese Weise lässt sich die seit längerer Zeit constatirte Erfahrungsthatsache erklären, dass die Marienbader Cur für Schlemmer und Wohlleber, bei denen sich die Symptome der Herzhypertrophie zeigen, ein vorzügliches Vorbeugungsmittel gegen die ihnen drohende Hirnhaemorrhagie ist, indem der arterielle Blutdruck herabgesetzt und die Gefahr gemindert wird, dass durch die stetige Zerrung und Dehnung der kleinen arteriellen Gefässe des Gehirns eine Rexis der Letzteren zu Stande kommt. Wenn Wohlleber mit plethorischem Habitus bei der Untersuchung einen verstärkten, hebenden, die Brustwand sichtbar erschütternden Herzstoss zeigen, die Herzdämpfung sich vergrössert erweist, die Herztöne, namentlich der zweite Ton der Aorta verstärkt zu vernehmen sind, die Carotiden sichtbar pulsiren, der Puls stark gespannt, beschleunigt ist, die Blutuntersuchung eine bedeutende Vermehrung das Haemoglobingehaltes darthut, wenn solche Personen subjectiv über Gefühl von Schwere und Trägheit, Neigung zum Schlafen beim Niedersitzen, Eingenommensein des Kopfes, Lichtscheu, Schwindel, Ohrensausen, grosse körperliche Unruhe, durch beängstigende Träume gestörten Nachtschlaf klagen, dabei die Extremitäten leicht kalt werden und die Empfindung von Taubsein, Ameisenkriechen bieten — dann ist wohl die Befürchtung gerechtfertigt, dass bei solchen an Herzhypertrophie leidenden Individuen es über kurz oder lang zu einer Hirnblutung kommen wird. Und diese Personen sind dankbare Objecte einer systematischen Cur mit abführenden Mineralwässern, verbunden mit der zielbewussten Durchführung geeigneter diaetätischer Massnahmen, welche gleichzeitig erziehlich auf die weitere physische Lebensführung der Patienten einwirken sollen.

Bei der durch chronisches Lungenemphysem verursachten Herzhypertrophie kommt in Marienbad noch als ein beachtenswertes Hilfsmoment die Höhenlage des Curortes, die meist feuchte und mit den Exhalationen der Fichtenwaldungen geschwängerte Gebirgsluft hinzu.

3. Herzklappenfehler. Sowohl Klappenfehler mit vollkommen guter Compensation als solche Herzfehler, wo wesentliche Compensationsstörungen drohen oder bereits begonnen haben, sind häufige Objecte der Marienbader Brunnen — und Badecur. Die erst bezeichnete Gruppe umfasst arbeitskräftige widerstandsfähige Individuen, die aber, wie zumeist Herzkranke, zu stärkerem Fettansatze disponiren. Dieser Fettansammlung muss schon im Beginne, selbstredend in discreter Weise, entgegengewirkt werden, denn Herzkranke fühlen sich besser und erhalten sich länger kräftig, wenn der Fettansatz des Körpers mittlere Grade nicht übersteigt. Durch stärkere Fettumwucherung büsst einerseits das Herz selbst an Kraft und Leistungsfähigkeit ein, während anderseits durch die Zunahme des Fettes an Paniculus adiposus, Mesenterium, Omentum u. s. w. neue Gefässgebiete und erhöhte Widerstände für die Triebkraft des Herzens geschaffen werden. Dieser erhöhten Inanspruchnahme erweist sich ein Herz, das mit den Stromhindernissen eines Klappenfehlers zu kämpfen hat, nicht gewachsen, es wird insufficient und die Compensationsstörungen treten in den Vordergrund. So kommt es, dass Herzkranke schon unter einem Grade von Fettleibigkeit zu leiden haben, welcher bei sonst gesunden Individuen noch keinen Anlass zu Beschwerden giebt.

Aber die auf Reduction des überflüssigen Fettes gerichtete Cur muss in diesen Fällen stets eine milde und vorsichtig gewählte sein. Die Glaubersalzwässer dürfen nur in solchen Gaben getrunken werden, dass die Stuhlentleerung nur mässig, die Diurese aber mächtig angeregt wird; die Kohlensäurereichen Ferdinandsbäder sind nur kühl und in nicht zu langer Dauer anzuwenden, die Bewegungsformen sind genau zu regeln, um das Herz nicht zu übermüden. Das mittlere Höhenklima Marienbads bekommt solchen Herzkranken sehr gut und wirkt zugleich anregend und kräftigend auf die Energie der Blutcirculation und Respiration. Da solche Herzkranke mit vollkommen compensirten Klappenfehlern sich als ganz gesund betrachten und nur um jeden Preis recht rasch und recht viel Fett verlieren wollen, so gehört oft die ganze Energie des Pflichtbewussten Arztes dazu, sich diesen Wünschen der Clienten entgegenzustellen und eine drastische Entfettungscur zu verhüten, aus welcher das Herz nur allzu geschwächt hervorgehen würde.

In jenen Fällen von Klappenfehlern, wo sich die verschiedenen Compensationsstörungen bereits kundgegeben und die erschwerte Blutcirculation in Folge veränderter Triebkraft des Herzens sich in den Venengebieten bemerkbar macht, leisten die Kohlensäurereichen Bäder Marienbads in ihrer mannigfaltigen Abstufung systematisch angewendet, vorzügliche Dienste, um der drohenden Herzschwäche vorzubeugen, die Störungen der Herzthätigkeit und Blutcirculation auszugleichen und den Herzmuskel derart zu kräftigen, dass er wiederum durch kürzere oder längere Zeit erhöhten Anforderungen an seine Leistungsfähigkeit zu entsprechen vermag. Auch die Trinkcur kann nach mehrfacher Richtung symptomatische Erleichterung verschaffen. Bei den am häufigsten vorkommenden Mitralklappenfehlern (Insufficienz der Mitralklappen und Stenose des Mitralostiums) lassen die Stauungen in den Magen- und Darmvenen wie in den Haemorrhoidalvenen eine methodische Anwendung der leicht purgirenden Mineralwässer zur Entlastung von dem Blutdrucke wünschenswerth erscheinen. Der Magen- und Darmkatarrh, die Leberschwellung, die Menstruationsanomalien, welche auf diesen Stauungen beruhen, finden, so lange die Klappenfehler noch ziemlich compensirt sind, durch den mässigen Gebrauch der Glaubersalzwässer wesentliche Erleichterung und Besserung. Ich habe wiederholt in solchen Fällen, wo in Folge der erschwerten Entleerung des Pfortaderblutes aus der Leber in die Vena cava inferior bedeutende Schwellung der Leber vorhanden war, so dass diese mehrere Finger breit unter dem Rippenrande hervorragte, ja sogar durch diese Leberschwellung Icterus zu Stande kam, diese Erscheinungen wie die Störungen der Digestion nach einer mehrwöchentlichen Brunnencur in Marienbad sich ganz wesentlich mindern oder auch verschwinden gesehen. Selbst wenn es zu starken Compensationsstörungen gekommen ist, die venöse Ueberfüllung der Organe einen hohen Grad erreicht hat, Ansammlung von Flüssigkeit in den Geweben Oedem und Hydrops auftritt, die Harnmenge gering ist, der Puls klein und irregulär wird, vermag eine umsichtig

geleitete Cur nicht selten Erspriessliches zu leisten und die Störungen zeitweilig zu beseitigen.

Ich will bemerken, dass in manchen dieser schweren Fälle mit Compensationsstörungen die Herzmittel. wie Digitalis, Convallaria, Strophantus u. s. w., welche zu Hause ihre Wirkung auf den Patienten versagt hatten, nun bei dem Gebrauche der Curmittel wieder ihre Wirkung auf das Herz übten. und zwar selbst in kleinen Dosen, so dass sich hier das Gesetz Lépines bestätigte, dass mehrere kleinere Gaben von differenten Arzneimitteln besser wirken, als eine grosse Gabe eines einzigen Mittels. Die Kohlensäurereichen Bäder wirken eben ähnlich wie Digitalis auf das Herz.

4. Die gichtischen Herzaffectionen. Die auf dem Boden der arthritischen Stoffwechselerkrankung sich entwickelnden und mit dem Verlaufe der Gicht in einem gewissen Connex stehenden Herzbeschwerden. welche theils in organischen Veränderungen am Herzen theils in verschiedenen sensiblen und motorischen Herzneurosen begründet sind, finden häufig ihre günstige Bekämpfung durch ein balneotherapeutisches Verfahren, das sich gegen die Arthritis richtet. Die Glaubersalzwässer Marienbads eignen sich vorzugsweise gegen jene Form von Gicht, welche bei vollblütigen, kräftigen, fettleibigen Personen vorkommt und mit Magen- und Darmkatarrhen, Leberschwellungen, Haemorrhoidalbeschwerden, Nierenconcrementen einhergehen. Als ein vorzügliches Mittel, um die localen gichtischen Leiden, die Ablagerungen im Inneren der Gelenke, die entzündlichen Veränderungen in den Gelenkskapseln und Bänderapparaten zu bekämpfen stehen in Marienbad die kräftigsten Mineralmoorbäder zur Verfügung, welche neben allgemeiner Anregung des Stoffwechsels örtlich auf die Resorption der gesetzten Exsudate und Ablagerungen wirken und die dadurch bedingten Bewegungsstörungen, Contracturen, Ankylosen und Lähmungen wesentlich zu bessern vermögen.

5. Herzneurosen. Zu den Herzneurosen, bei denen die abführenden Marienbader Quellen eine hervorragend günstige, fast specifisch erscheinende Wirkung üben, sind das nervöse Herzklopfen und die Herzbeschwerden der an habitueller Obstipation leidenden Personen, sowie die Herzbeschwerden der klimakterischen Frauen zu zählen.

Was die erste Neurose betrifft, so finden wir bei einer grossen Zahl von sonst ganz gesunden Personen, die in Folge ungenügender körperlicher Bewegung, ungeeigneter Wahl der Nahrungsmittel und damit im Zusammenhange stehender Eindickung der Kothmassen oder in Folge von Magendyspepsie und Reizzuständen des Darmtractes, sowie von venösen Stauungen im Pfortadersystem an hochgradiger hartnäckiger Stuhlverstopfung leiden — ohne dass am Herzen irgend objectiv eine pathologische Veränderung nachweisbar ist, häufig anfallsweise nervöses Herzklopfen auftreten. In diesen Anfällen, welche einen ursächlichen Zusammenhang mit Coprostase dadurch bekunden, dass sie bei längerer Dauer der Stuhlverstopfung auftreten und mit der Behebung der letzteren auf einige Zeit cessiren, erscheint regelmässig neben dem subjectiven Gefühle des Herzklopfens eine abnorme Steigerung der Herzthätigkeit, Vermehrung der Herzcontractionen und Beschleunigung der Schlagfolge nachweisbar, dabei herrscht Angstgefühl und nervöse Verstimmung. Die methodische Anregung der Darmthätigkeit durch den Kreuz- und Ferdinandsbrunnen und Hautreizende Bäder haben in wiederholt von mir beobachteten Fällen den Erfolg gehabt, dass die habituelle Obstipation vollkommen behoben wurde und seitdem die Anfälle von Herzbeschwerden nicht mehr aufgetreten sind. Es muss zur Erklärung angenommen werden, dass in Folge der Coprostase abnorme nervöse Impulse vom Darme aus centripetal geleitet werden, welche eine Reizung des medullaren Centrums der beschleunigenden sympathischen Herznerven bewirken.

Denselben günstigen Effect sehe ich alljährlich bei der so sehr häufigen Tachycardie der Frauen im Climacterium. Wenn die Menstrualblutung unregelmässig zu werden beginnt, klagen die Frauen in den Wechseljahren über Anfälle von Herzklopfen, welche zuweilen ohne jeglichen Anlass, oder nach einer geringfügigen Veranlassung, ja auch im Schlafe auftreten und mit Angstgefühlen, Empfindung von Druck auf der Brust, Pochen in den Carotiden, Pulsation in der Aorta abdominalis, Blutwallung gegen das Gesicht, fliegender Hitze, Kopfschmerz verbunden sind. Der Grund dieses Erregungszustandes der Herznerven mag wohl in den durch das Climacterium bedingten Veränderungen in den Ovarien liegen; indess wirken Erfahrungsgemäss auch hier die lösenden Marienbäder Glaubersalzwässer in Verbindung mit Bädern, namentlich den kühlen Ferdinandsbädern, eventuell auch Moorbädern sehr günstig ein, wobei fleissige körperliche Bewegung und geeignetes diätetisches Verhalten unterstützend einwirken.

Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass bei allen balneotherapeutischen Eingriffen Herzkranken gegenüber besondere Vorsicht und Umsicht nothwendig ist, dass die Schablone des Verordnens mehr Unheil anrichten als Nutzen stiften kann, und dass nur sorgfältiges Erwägen der individuellen Verhältnisse Erfolge erzielt.

Referate.

Haedke: Die Diagnose des Abdominaltyphus und Widal's serumdiagnostisches Verfahren. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2.

Das Elsner'sche Verfahren zur Diagnose des Abdominaltyphus, das bekanntlich die Differentaldiagnose zwischen Bacterium coli und Bacillus typhi aus dem Aussehen der Platten ermöglichen sollte, hat sich dem Verfasser bei eingehender Nachprüfung nicht bewährt: häufig waren die Merkmale der Colonien zu wenig charakteristisch. um Täuschungen zu verhindern, häufig versagte die Methode ganz in Fällen von klinisch sicheren Typhen. Widal hat nun eine Methode angegeben, die auf auf einem ganz neuen Wege der klinischen Diagnose zu Hülfe kommen will, er benutzt die agglutinirenden Eigenschaften des Blutserums Typhuskranker auf Typhusbacillen und Verf. der in einer grossen Reihe von Fällen das Widal'sche Verfahren geprüft hat, spricht sich sehr günstig darüber aus. Wenn die Reaction richtig angestellt wird, so ist nach Verf. das Resultat immer ein sicheres, «kein Typhus mit negativem, keine andere Erkrankung mit positivem Befunde.» Die Ausführung der Methode zerfällt in 3 Momente: 1. Die Blutentnahme. 2. die Bouillonreaction 3 die mikroskopische Beobachtung der Reaction im hängenden Tropfen. Das Blut entnimmt Verf. der Fingerkuppe und zwar mit einer sehr scharfen, breiten, zweischneidigen Lanzette, man ist auf diese Weise immer im Stande 5 ccm Blut im sterilen Reagensglase aufzufangen. Man kann nun die spontane Gerinnung abwarten, oder aber das Serum durch die Centrifuge ausschleudern. Alsdann wird dem Serum eine Typhusbouilloncultur hinzugefügt, die bereits mindestens 12 Stunden gewachsen und stets gleichmässig getrübt war. Die Röhrchen werden dann nach 2, 8, 12 auch 24 Stunden besichtigt. Bei allen Typhusfällen sah Verf. durchweg nach verschieden langer Zeit aus der gleichmässigen Trübung eine deutliche Körnung sich entwickeln. Ist die Reaction vollendet, so haben sich in einem 2 Stadium die agglutinirten Massen zu Boden gesenkt und liegen in der von Widal beschriebenen Weise als flockiger Niederschlag am Boden und an den Wänden des Reagensglases. Diese Reaction tritt gewöhnlich nach 6—8 Stunden auf, die Bouillon ist dann völlig geklärt: Sehr wesentlich ist es das Verhältniss von Bouillon zum Serum immer als 1:10 zu gebrauchen. Verf. hat eine Reihe von Controllfällen, die die allerverschiedensten Krankheitsbilder darstellen, derselben Reaction unterzogen und es gelang ihm nie eine Klärung und einen flockigen Bodensatz in der Bouillon hervorzurufen — Die mikroskopische Beobachtung der Agglutination hat Verf. ebenfalls in 1 Reihe von Fällen durchgeführt. Er impfte mit frischer Cultur einen hängenden Tropfen Serum von Typhuskranken und konnte häufig schon nach Ablauf der kurzen Zeit, die zur Fertigstellung und Einstellung des Präparates

nöthig war, eine höchst auffällige Veränderung feststellen. Während im Controllpräparate in Bouillon oder in normalem Serum die einzelnen Bacillen in ungestörter Bewegung verharrten, trat hier in allen Theilen des Präparates ein vollkommener Stillstand ein; auch die Bacillen selbst hatten ihr Aussehen verändert: es lagen gequollene, körnige Massen da, die in keiner Weise die normalen Contouren erkennen liessen. Manchmal trat dieses Absterben der Bacillen nicht so blitzartig ein, erst nach einer Viertelstunde; es gab aber doch eine nicht ganz kleine Zahl solcher Typhussera, die zwar einen deutlichen Einfluss auf Form und Beweglichkeit der Bacterien ausübten, bei denen aber doch die Agglutination nicht ausgesprochen war. Von den Controllpatienten, bei denen das Vorhandensein eines Abdominaltyphus ausgeschlossen war, gab die Mehrzahl ein eindeutiges negatives Resultat; noch nach einer Stunde war Form und Beweglichkeit der Bacillen so gut wie ungestört. Wenn somit die mikroskopische Beobachtung nach Widal in vielen Fällen die Diagnose des Typhus ebenfalls entscheiden kann, so legt Verf. doch das Hauptgewicht auf den Ausfall der Bouillonreaction, die ihn niemals in Stich gelassen hat. Wie lange die agglutinirenden Eigenschaften im Typhusserum nachweisbar sind, darüber besitzt Verf. noch nicht genügende Erfahrung. Die vom Verf. untersuchten Fälle bezogen sich auf die I—6 Woche des Typhus. Das Serum eines Collegen im Krankenhause, welcher vor 11 Jahren sicheren Abdominaltyphus überstanden hatte, ergab ein negatives Resultat, ebenso das eines Mädchens, welches 4 Wochen nach überstandenem Typhus mit acuter Gastritis ins Krankenhaus kam.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Friedlaender: Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1896.

Unter obigem Titel hat Verfasser, der der dirigirende Arzt des Augusta-Victoria-Bades in Wiesbaden ist, die Einrichtungen desselben beschrieben und durch eine Reihe von Abbildungen erläutert. Wer sich für dieses ebenso praktisch und comfortabel, als grossartig angelegte und den mannigfachsten Anforderungen genügende Etablissement interessirt, der findet in der Brochüre die Beschreibung des Baues, der Maschinen-Vorrichtungen, der Heizung, Ventilation und Wasserversorgung; im speciellen Theile die verschiedenen Formen der zur Anwendung kommenden Bäder, hydropathischen Proceduren, Inhalationsmethoden etc. und die Zander'sche Heilgymnastik, überall mit Angabe der Indicationen. Da in Russland trotz aller Neigung der Bevölkerung für Badeanstalten und Bäder nur weniges existirt, was dem Augusta-Victoria-Bade annähernd ähnlich ist, so ist die vorliegende Beschreibung wohl geeignet in dieser Beziehung anregend zu wirken.

K.

F. Martius: Tachycardie. Eine klinische Studie. (Stuttgart 1895. Verlag von F. Enke).

Seitdem den Neurosen des Herzens allgemein mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist man zu der Ueberzeugung gelangt, dass die physikalisch-exacten Untersuchungsmethoden nicht alle Erscheinungen zu erklären im Stande sind, welche oft als subjective Beschwerden angegeben werden oder auch objective Symptome verursachen. Gerhardt versichert, «dass mehr als die Hälfte der Personen, welche sich im Laufe der Zeiten wegen Herzklopfen an ihn wandten, nicht an Klappenfehlern, sondern an Innervationsstörungen des Herzens litten». Eines der vielen Symptome von Störungen in der Innervation des Herzens ist die Tachycardie — eine Bezeichnung, welche oft in missbräuchlicher Weise für allerlei Affectionen gebraucht wird, wo sie nur zu irrthümlichen Auffassungen Anlass giebt. Der Name Tachycardie wurde erfunden, um damit fälschlicher Weise eine selbstständig auftretende auffällige Pulssteigerung zu bezeichnen. Es ist nicht richtig, von Tachycardie zu sprechen, wenn es sich um Pulsbeschleunigung bei Klappenfehlern, acuter Endocarditis, Tabes, disseminirter Sclerose, acuter aufsteigender Paralyse etc. handelt

In dieser Beziehung ist mit der Bezeichnung «Tachycardie viel Missbrauch getrieben und Verf. macht dagegen energisch Front. Die Tachycardie ist auf Grund des physiologischen Schemas entweder als Vaguslähmung oder als Sympaticusreizung aufzufassen. Die Tachycardie tritt gewöhnlich in Paroxysmen auf, dabei findet sich ein auffälliger Gegensatz zwischen einem starken erschütternden Herzstoss (Herzerethismus) und einem kleinen oft fadenförmigen Pulse. Oder aber die Erscheinung tritt dauernd auf, wohin die auf anatomisch erwiesener Vaguslaesion beruhenden Fälle gehören. An sich ist Tachycardie keine Krankheit, sondern vielmehr unter allen Umständen «eine Begleiterscheinung oder Folge eines anderen primären krankhaften Vorganges oder Zustandes». Hierher gehört die Tachycardie — vorübergehend oder dauernd — als Begleiterscheinung neurasthenischer und hysterischer Zustände, der Basedow'schen Krankheit, gewisser Vergiftungen etc., die höchsten Grade von Pulsbeschleunigung werden als constantes und secundäres Symptom der anfallsweise auftretenden acuten Herzdilatation beobachtet.

Lingen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— E. Grawitz hat auf der Gerhardt'schen Klinik ein neues Kreosotpräparat — das Kreosotum valerianicum mit sehr gutem Erfolg angewandt. Es ist flüssig und wird in Gelatine-Kapseln verabfolgt, ist geruch- und geschmacklos; die Tagesdosis beträgt 0,2—2,0. Im ganzen wurden 35 Tuberculöse mit diesem Mittel behandelt; Alle vertrugen dasselbe sehr gut, so dass es lange Zeit verabfolgt werden konnte.

(Therap. Monatshefte No. 7 p. 385).

— Jevzykowski behandelte 10 Fälle von Fettleibigkeit und einen veralteten Fall von Ichthyosis mit sehr gutem Erfolg durch Darreichung von trockenem Thyreoidin 0,3—0,5. Bei keinem Fall wurden schwere Nebenerscheinungen beobachtet. Die Abnahme des Körpergewichts war in den meisten Fällen eine sehr beträchtliche.

(Therap. Monatshefte p. 393).

— Barré hat Versuche mit Entgiftung des Blutes ausgeführt. Im Verlaufe gewisser Krankheiten, wie z. B. der Uraemie, der Scarlatina, der Eklampsie, dem Icterus gravis, der Meningitis cerebrospinalis, acuten Vergiftungen ist es vortheilhaft, die Beschaffenheit des Blutes zu veraendern. Dieser Indication genügt Barré durch gleichzeitiges Operiren an beiden Armen: dem einen entzieht er das Blut, an dem anderen substituirt er das entnommene Blut durch eine gleich grosse Menge künstlichen Serums. Zu diesem Zwecke gebraucht er 2 mit einem Gummischlauch und einer Canüle versehene graduirte Gefässe. In dem einen hat er das Serum und regulirt durch Heben und Senken des Gefässes die Menge des einströmenden Serums; in dem anderem fängt er das durch einen Aderlass entnommene Blut auf. In 30—50 Minuten können 500—1000 g. Blut durch die gleiche Menge Serum ersetzt werden. Bei 3 Kranken in extremis brachte die Entgiftung des Blutes rasche Heilung. Bei 2 Fällen handelte es sich um Uraemie, bei dem 3. um infectiöse Pneumonie.

(Therap. Monatsch. p. 509).

Vermischtes.

— Am 31. December, a. pr. begingen 38 Aerzte, die im Jahre 1866 den Cursus an der ehemaligen medico-chirurgischen Academie absolvirt haben, das 30jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit. Von diesen befinden sich, wie wir dem «Wratsch» entnehmen gegenwärtig 16 in St. Petersburg: (N. F. Afanassjew, Boguschewski, J. E. Beljajew, J. J. Grazianski, J. A. Dedjulin, A. Duschinkin, F. Roschtschinin, N. W. Ssokolow, G. Stukkey, D. A. Frank, P. Fridolin, N. Tscherepnin, N. Schtschegolew u. a.); die übrigen 22 Jubilare, wie die Professoren A. Brandt, L. Lewschin (Moskau), Stukowenkow (Kiew), Steinberg u. a. sind in der Provinz thätig.

— Am 25. December 1896 feierte die Lodzer ärztliche Gesellschaft die Vollendung des ersten Decenniums ihres Bestehens. Der Verein zählt gegenwärtig 39 Aerzte, 3 Pharmaceuten und 1 Veterinär zu seinen Mitgliedern. Gleichzeitig beging auch der Lodzer Arzt Dr. J. Jonscher das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der ausserordentliche Professor der Nervenheilkunde an der Universität Kasan, Dr. L. Darkschewitsch, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: der Professor der Augenheilkunde an der Universität Warschau, wirkl. Staatsrath Dr. Wolfring, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 8. Januar in St. Petersburg der Privatdocent der milit.-medicinischen Academie, Dr. Elias Lebedinski, im 39. Lebensjahre an Diphtherie. Der Verstorbene, welcher mehrfach literärisch thätig gewesen ist, war gleichzeitig auch Ordinator am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg und etatmässiger Arzt im Findelhause. 2) In Wjatka der dortige Arzt Emil Bosse im 32. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Kronstadt geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Dorpat erhalten, an welcher er mit Unterbrechung von 1884—92 studirte. Nach Absolvirung des Cursus war B. einige Jahre

Landarzt in Kurland und dann Arzt in der Stadt Talsen (Kurland). 3) Am 3. Januar in Warschau der Gehülfe des dortigen Medicinalinspectors und zugleich Stadtarzt von Warschau, Dr. Basilewitsch-Knjashikowski, im Alter von 40 Jahren. 4) In Pensa der Ordinator des Pensa'schen Gouv. -- Landschaftshospitals Andreas Rakejew, 41 Jahre alt. Der Tod ereilte ihn bei voller Thätigkeit: während er in der von ihm geleiteten Abtheilung eine Operation an einer Wöchnerin ausführte, trat bei ihm plötzlich Lähmung der linken Körperhälfte in Folge von Gehirn-Embolie ein, welcher er nach einigen Stunden erlag. 5) In Stockholm am 9. Januar Prof. Carl Sätherberg, einer der Bahnbrecher der schwedischen Heilgymnastik, im 84. Lebensjahre. Ueber 30 Jahre war L. Leiter des Stockholmer orthopädischen Instituts; seine orthopädischen Apparate wurden auf allen Ausstellungen in Paris und Brüssel preisgekrönt. Aber nicht allein als Arzt sondern auch als Schriftsteller und Dichter hat er sich einen Namen gemacht, namentlich sind seine zahlreichen lyrischen Gedichte in Schweden sehr volksthümlich.

— Zum ordentlichen Professor der Anatomie und II. Conservator der anatomischen Anstalt der Universität München ist an Stelle des verst. Prof. Rüdinger der bisherige Professor der thierärztlichen Hochschule, Dr. Joh. Rückert, ernannt worden.

— Der Privatdocent Dr. med. et phil. Arthur Heftler ist zum ausserordentlichen Professor der Pharmakologie an der Universität Leipzig ernannt worden.

— Von den 17 Arbeiten, welche zur Bewerbung um die anlässlich der Jennerfeier von der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit zu verleihenden Preise eingelaufen waren, ist von den Preisrichtern dem Werke des Professors Layet (Bordeaux) «A la mémoire de Jenner» sowie dem Werke des Oberarztes des Moskauer Findelhauses Dr. N. Müller die grosse goldene Medaille, und der Arbeit des Landschaftsarztes M. N. Glagolew die kleine goldene Medaille zuerkannt worden. Die goldene Medaille der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit sowie die Geldprämie im Betrage von 1000 Rbl. sind noch nicht vergeben worden.

— Vom milit.-medicinischen gelehrten Comité ist zum verantwortlichen Redacteur des «Militärmedicinischen Journals» für das nächste Triennium der Gehülfe des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung Dr. A. Beljajew wiedergewählt worden. Zu Mitgliedern der Redactionscommission wurden Dr. F. J. Piotrowski und Privatdocent Dr. Raptschewski gewählt.

— Der vor Kurzem hierselbst verstorbener Arzt Dr. Th. Morawitz hat seine werthvolle Insectensammlung der hiesigen Academie der Wissenschaften vermacht.

— Der Ssamara'sche Kaufmann A. Notschwin hat seiner Vaterstadt Schadrinsk (Gouv. Perm) 100,000 Rbl. zur Errichtung einer Heilanstalt für chronische Kranke testamentarisch vermacht.

— Am 17. Januar fand die Einweihung und Eröffnung der neuerbauten Klinik für Infectionskrankheiten bei der militär-medicinischen Academie statt.

— Die Pest in Indien. Die Pestepidemie, welche seit dem September vorigen Jahres in Bombay herrscht, ist noch immer in Zunahme begriffen. Mehr als die Hälfte der gegen 900,000 Köpfe starken Einwohnerschaft der Stadt ist geflohen und hat dadurch zur Weiterverbreitung der Seuche auf andere Städte Indiens beigetragen. Die Municipalbehörden scheinen nicht mehr im Stande zu sein, der Schwierigkeiten Herr zu werden; die Menschen sterben auf den Strassen. Nach den amtlichen Berichten, welchen aber nicht zu trauen ist, sind in Bombay bis zum Beginn dieses Jahres 3394 Personen an der Pest erkrankt und 2356 daran gestorben. Vorzugsweise werden die Hindus und Muhamedaner, weniger die Parsen von der Seuche ergriffen. In den Gefängnissen und christlichen Waisenhäusern soll bisher noch nicht ein Fall vorgekommen sein. Nagethiere, Schweine und Geflügel sterben massenhaft an der Seuche.

Da bei dem bedenklichen Umsichgreifen der Pest in Indien ihre Ausbreitung in die westlichen Gebiete Asiens und die Möglichkeit der Verschleppung der Krankheit nach Europa bei den heutigen Verkehrsverbältnissen nicht von der Hand gewiesen werden kann, so werden von allen civilisirten Staaten Vorsichtsmassregeln getroffen. In Russland ist eine besondere Commission unter dem Vorsitze des Prinzen Alexander von Oldenburg eingesetzt worden, welche mit den Massnahmen zur Vorbeugung der Einschleppung der Pest und zur Bekämpfung derselben, falls sie in Russland auftreten sollte, betraut ist. Von unserem Medicinaldepartement sind bereits eine Anzahl Aerzte auf die Beobachtungsposten an unseren central-asiatischen Grenzen, sowie nach Baku, Poti und anderen Schwarzmeerhäfen abcommandirt. Der bekannte Bakteriologe des Instituts für Experimental-Medicin, Dr. Winogradski, ist nach Paris delegirt worden, um sich mit der Herstellung des Antipestserums im Institut Pasteur bekannt zu machen. Die deutsche und die österreichische Regierung entsenden wissenschaftliche Expeditionen zum Studium der Beulenpest nach Bombay. England und Frankreich haben ebenfalls Vorsichtsmassregeln getroffen. Das englische Gesundheitsamt entsendet Aerzte nach allen englischen Häfen, welche in Schifffahrtsverbindung mit Indien stehen. In nächster Zeit tritt in Venedig eine internationale Sanitätsconferenz zusammen, um die gemeinschaftlich zu ergreifenden Massregeln zur Verhütung der Einschleppung der Pest zu berathen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Januar d. J. 7791 (209 mehr als in d. Vorw.), darunter 732 Typhus -- (11 mehr), 863 Syphilis — (4 wen.), 136 Scharlach — (1 wen.), 119 Diphtherie — (32 mehr), 29 Masern — (7 mehr) und 20 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. December bis 4. Januar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
354	279	633	140	37	96	24	10	23	63	62	66	38	40	26	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 12, Diphtherie 26, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 44, Todtgeborene 29.

Für die Woche vom 5. bis 11. Januar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
351	273	624	140	57	81	20	15	18	46	55	50	50	50	28	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 9, Diphtherie 23, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1. Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 86, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 48, Todtgeborene 26

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 4. Februar 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. Februar 1897.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Krankenfahrstühle, Ruhesessel, Universal-u. Tragstühle, Betttische, verstellb. Kopfkeilkissen, geruchl. Zimmerclosets, Doucheapparate f. kalte u. warme Bäder
Aug. Spangenberg. Berlin SO., Neanderstrasse 3.

Tragbahren u. Tragkörbe mit und ohne Rädergestell.



Hunydi Jonas ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt 1/2 Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(47) 17—16.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.
Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (14) 14—1

Verlag von Julius Springer in Berlin N.

Soeben erschienen:

Handbuch
der
Arzneimittellehre.

Zum Gebrauche
für Studirende und Ärzte
bearbeitet von
Dr. S. Rabow und **Dr. L. Bourget**
Professoren an der Universität Lausanne.

Mit einer Tafel und 20 Textfiguren.
862 Seiten gross 8°.
Preis gebunden M. 15,—.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Ems. Schwalbach. Weilbach.

Die ohne jeden Zusatz zur Füllung gebrachten natürlichen Mineralwasser der fiscalischen Quellen zu Ems (**Kränchen** und **Kesselbrunnen**); zu Langenschwalbach (**Stahl-** und **Weinbrunnen**); zu Weilbach (**Schwefel-** und **Lithionquelle**); werden ederzeit in frischester Füllung versendet.

Der medicinische Werth der genannten Mineralwasser ist allgemein bekannt. Durch Entscheidung des Kaiserlichen Patentamtes vom 20. April 1896 ist die Bezeichnung «**Kränchen**» für das natürliche Wasser der **Emser Kränchenquelle** gesetzlich geschützt.

Niederlagen der fiscalischen Mineralwasser finden sich in den Apotheken und Mineralwasserhandlungen, wo auch die aus den fiscalischen Wassern zu Ems hergestellten Pastillen und Quellensalze käuflich sind.

(124) 8—4. **Königlich Preussisches Brunnen-Comptoir Ehrenbreitstein.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5 Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Die Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg
Newsky Prosp. № 14 empfiehlt:

Neue Bücher:

Plique, A., Les formes cliniques de la phtisie pulmonaire. 1896, Rbl. 0.90.
Rochebrune, A. de, Toxicologie africaine. Fascicule II-me. Rbl. 2.25.
Rosenthal, C., Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. 2. Aufl. mit 41 Fig. 1897, Rbl. 3.30.
Simon, Ch., A manual of clinical diagnosis by means of microscopic and chemical methods. Съ 132 рис. и 10 табл. 1896, Rbl. 9.60.
Sannié-Moret, Eléments d'analyse chimique médicale appliquée aux recherches cliniques. 1897, Rbl. 2.70.
Thierry, H., La police sanitaire maritime. 1896, Rbl. 2.25.
Terrier, F., Chirurgie de la face. Avec 214 fig.. 1897, Rbl. 1.80.
Toulouse, E., Émile Zola. 1896, Rbl. 1.60.

Дозв. ценз. Спб. 22 Января 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat) **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, (30.) 25. Januar **1897**

Prof. Dr. Nicolai von Zdekauer †.

Am 15. Januar d. J. verschied nach langen schweren Leiden im 82. Lebensjahre der Nestor der St. Petersburger Aerzte, der Leibmedicus-Consultant Wirklicher Geheimrath Prof. emerit. Dr. Nikolai von Zdekauer. Ein Leben reich an Thaten, aber auch reich an Erfolgen ist mit ihm erloschen und ein Stück Geschichte der Russischen Medicin ist mit ihm dahingegangen.

Prof. v. Zdekauer war der Sohn des 1809 nach Russland berufenen österreichischen Arztes, späteren Medicinalinspectors des Hafens in Sweaborg Theodor Zdekauer und erblickte ebendaselbst 1815 das Licht der Welt. Seine Erziehung genoss er in der damals berühmten Schule von Muralt in St. Petersburg und absolvirte dieselbe bereits mit 13. J. In den Jahren 1831—33 studirte er an der St. Petersburger Universität Naturwissenschaften, um dann in die Medico-Chirurgische Academie überzugehen. Er hat derselben zuerst als Schüler, dann als Lehrer im Laufe von dreissig Jahren angehört. Nach Beendigung des medicinischen Studiums 1838, während welches Prof. v. Seidlitz bereits warmen Antheil an dem jungen Zdekauer genommen hatte, begab er sich auf achtzehn Monate ins Ausland, wo er Johannes Müller, Rokitanski und Romberg hörte und einer der wenigen Ausländer war, die den Muth hatten in einem der Wiener Gefängnisse bei Scoda an einem von dessen damals noch belächelten und bespöttelten Percussions- und Auscultationscurse theilzunehmen.

In die Heimath zurückgekehrt, wurde Zdekauer klinischer Assistent und Professor-Adjunct von v. Seidlitz und gleichzeitig Supernumerarius des alten, jetzt klinischen Militär-Hospitals auf der Wiborger Seite. In ersterer Stellung verblieb er 4 Jahre, vertheidigte 1842 nach beendigtem Doctorexamen seine Dissertation «de scrofulosi», wurde 1846 temporärer Director der academischen therapeutischen und dann 1848 Prof. ordinar. und erster Director der von v. Seidlitz neugegründeten propädeutischen und diagnostischen Klinik. Dieses Amt bekleidete er bis zum Jahre 1860, wo er dann die Leitung der Hospitalklinik übernahm bis 1863. Schon in ein Alter von wenigen dreissig Jahren fallen Zdekauers erste Beziehungen zum Allerhöchsten Hofe und seine ersten Schritte auf dem Gebiete der öffentlichen Thätigkeit. Die Grossfürstin Helene Pawlowna hatte in dem jungen Gelehrten einen Mann von Herz und Verstand erkannt und ihn 1849 zu ihrem Arzte ernannt. Im kaiserlichen Smolnastift hatte sich 1855 eine vermehrte Sterblichkeit geltend gemacht. Zdekauer wurde als Mitglied einer Commission zur Ermittelung der Gründe derselben eingesetzt. — Im Jahre 1857 bereits Mitglied des Medicinalrathes, wurde er ins Ausland gesandt, um die sanitären Verhältnisse der ausländischen Hospitäler und Kliniken zu studiren. Seine darüber veröffentlichten Berichte hatten eine ganze Reform in der Ventilation und Heizung von Theatern, Palästen und Hospitälern zur Folge.

Zur selben Zeit wurde Zdekauer auch Consultant der Maximilianheilanstalt und 1859 Präsident des Conseils der Consultanten derselben. Das nächste Jahr brachte ihm die Ernennung zum Leibarzt-Consultant des Allerhöchsten Hofes; er ist bis zu seinem Tode in dieser Stellung verblieben.

Es folgen nun noch eine Reihe anderer hervorragender Momente in der öffentlichen Thätigkeit und in der glänzenden Laufbahn des ausgezeichneten Mannes. Im Jahre 1862, als Mitglied des Comités zur Wahrung der Volksgesundheit befürwortete Zdekauer die Anlage öffentlicher Gärten, Spielplätze und Kindergärten; 1863 ist er eines der eifrigsten Commissionsmitglieder in der Lösung der Vaccinefrage in den Findelhäusern gewesen und ist dem Conseil der Philanthropischen Gesellschaft beigetreten. — In demselben Jahre nahm er seinen Abschied von der medicinischen Academie, mit Aemtern aller Art überbürdet und als einer der gesuchtesten und geachtetsten Praktiker.

Aus der darauf folgenden Zeit erwähnen wir noch die 1865 erfolgte Ernennung Zdekauers zum Arzte der

jungen Grossfürsten Wladimir, Alexei und Paul, seine Ernennung zum Ehrenmitgliede des Militär-Medicinal-Conseils 1868, seine Reise nach Sibirien mit dem Grossfürsten Alexei 1873, seine hervorragende Betheiligung bei der Begründung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit 1877, deren erster und beständiger Präsident Zdekauer bis zwei Jahre vor seinem Tode geblieben ist, und endlich seine Einsetzung zum Präsidenten der höchsten medicinischen Institution des Reiches, des Medicinalrathes 1884.

Es sei uns gestattet, an dieser Stelle noch eine andere Seite aus dem Leben Zdekauers in Erinnerung zu bringen. Er hatte in Gemeinschaft mit seinem Freunde Pirogoff eine kleine Vereinigung weniger älterer Aerzte begründet, deren Mitglieder sich zwecks wissenschaftlichen Gedankenaustausches in regelmässigen Zeitintervallen versammelten. Zu den Mitgliedern dieser freien Vereinigung gehörten u. A. noch Ucke, Higginbotham, v. Lingen sen., und v. Grünewaldt; Zdekauer aber war einer der eifrigsten Theilnehmer an denselben. Ein Theil der geschriebenen Protocolle jener Abende ist vor einigen Jahren dem deutschen Aerzteverein, ein anderer vor kurzem der russischen chirurgischen Pirogoffgesellschaft zur Aufbewahrung übergeben worden.

Dem hiesigen deutschen ärztlichen Verein hat Zdekauer als sehr thätiges Mitglied vom Jahre 1848 bis wenige Jahre vor seinem Tode angehört. In den letzten Jahren war er Ehrenmitglied des Vereins.

Aus seiner ausgebreiteten praktischen Thätigkeit hatte sich der Verstorbene schon vor mehr als zehn Jahren zurückgezogen und verbrachte den grössten Theil des Jahres in Zarskoje-Sselo, um sich für die Wintermonate zur Residenz zu begeben. Die ständige Bevölkerung des Ortes Zarskoje, speciell auch der arme Mann, hat Zdekauer noch jetzt in treuer und dankbarer Erinnerung. So weit es ihm die zur Neige gehenden Kräfte erlaubten, hat er bis noch vor wenigen Jahren, Jedermann und zu jeder Stunde empfangen. Eine auf dem Tische stehende Büchse nahm die event. Gaben auf und der Ertrag derselben wurde zu wohlthätigen Zwecken verwandt. Die Stadt Zarskoje-Sselo verdankt auch seiner einflussreichen Verwendung ihre vorzügliche neue Wasserversorgung und ihre elektrische Strassenbeleuchtung.

Soweit es der Rahmen eines Necrologs gestattet, haben wir hiermit die Meilensteine auf dem langen und ehrenvollen Pfade Zdekauers bezeichnet, aber wie bedeutend und nutzbringend seine Thätigkeit gewesen ist, das geht aus der Feier seines 50-jährigen Arzt-Jubiläums 1888 hervor, auf welcher ihm mehr als siebzig Deputationen im St. Petersburger Stadthause ihre Glückwünsche darbrachten.

Es ist nur noch wenigen jetzt lebenden Aerzten vergönnt gewesen Zdekauer in seinen jungen Jahren persönlich zu kennen. Auch zwischen seinen gereifteren Jahren und der Jetztzeit liegen Decennien und die jüngeren Generationen haben ihn nur als Greis gekannt. Aber wer auch nur in den letzten Jahren Gelegenheit hatte, diesem feingebildeten, liebenswürdigen und geistreichen Senior unseres Standes näher zu treten, der hat sicher unter dem Zauber seines einnehmenden und bescheidenen Wesens, seiner collegialen Umgangsart, seines ausserordentlichen Tactgefühles und seiner menschenfreundlichen und liberalen Lebensanschauung gestanden.

Ein schweres Siechthum im letzten Jahre, die Folgen vorgeschrittener Arteriosclerose, bei seit langen Jahren bestehender Mitralinsufficienz, mit sich häufenden Anfällen von cardialem Asthma und intercurrirenden grippösen Erkrankungen, hatten die Kräfte des bis dahin selten rüstigen Greises allmählich reducirt. Geduldig und ergeben, mit klarer Einsicht in seinen Zustand ertrug er sein schweres Leiden und war dankbar für die kleinsten Hülfeleistungen seiner Aerzte und seiner Umgebung.

Unvergesslich für die, die ihn gekannt, ein Vorbild ärztlicher Tugenden, nimmt er ein treues Andenken seiner Collegen und eine dankbare Erinnerung seiner Mitmenschen ins Grab. Zdekauers Name wird in der Geschichte der russischen Medicin nicht vergessen werden. Sein Einfluss in die verschiedensten Zweige derselben war ein grosser. Ehre seinem Andenken! Frieden seiner Asche!

Kallmeyer.

Ausser den im Text erwähnten Schriften Zdekauers citiren wir hier noch folgende:

1. Клиническій отчетъ 1844—45.
2. Die auf objective Untersuchung basirte Diagnostik der Herzkrankheiten 1845.
3. Записки по части врачебныхъ наукъ 1846—47. (alle 3 im academischen Journal.)
4. Ueber galvanoplastische Behandlung der Aortenaneurysmen 1869. (St. Pet. Med. Zeitschrift.)
5. Zur Therapie der Lungenblutungen 1861. (Wiener medic. Wochensch.)
6. Traitement prophylactique du Choléra 1876. (Brüsseler Congressbericht.)
7. Ueber die Bedeutung der künstlichen Mineralwässer. St. Petersburg.
8. Bericht über die Pockenepidemie in Zarskoje-Sselo 1866.
9. Ueber das Fischgift. St. Petersburg. 1875.
10. Reise nach Sibirien und Sibirische Flüsse (Deutsche Revue 1874.)

Sowie viele andere Berichte, Recensionen und Arbeiten für den Medicinalrath und eine lange Reihe von Mittheilungen und Vorträgen in den St. Petersburger ärztlichen Vereinen.

Eingeklemmte Hernie und Lungeninfarct.

Von
Dr. med. Paul Klemm,
Riga.

Herr W. R. 47 a. n. hat seit 4 Tagen keinen Stuhl gehabt. Pat. trägt schon seit Jahren einen Leistenbruch, der stets reponibel war. Derselbe war vor 4 Tagen ausgetreten und liess sich nicht mehr zurückbringen. Da Pat. keine Schmerzen in der Bruchgeschwulst empfand, hatte er diesem Umstande kein Gewicht beigelegt. Seit dem vorigen Tage war Erbrechen übelriechender, saurer Massen eingetreten.

Status praes.: Mittelgrosser, schlank und gracil gebauter Mann. Leidendes Aussehen, graues Hautcolorit. Schleimhäute blass.

Foetor ex ore. Zunge belegt.

Puls regelmässig, gleichmässig von mittlerer Spannung 120. Radialarterie weich, nicht geschlängelt.

Lungen-Herzbefund normal.

Harn: Dunkelroth, stark sauer ohne Sediment. Kein Alb., kein Zucker, Reichlich Indican. Spec. Gew. 1010. Temperatur 37,2.

Abdomen mässig aufgetrieben. Zwerchfellstand normal. Keine sichtbaren peristaltischen Bewegungen. In der rechten Leistengegend findet sich eine faustgrosse Bruchgeschwulst, die bereits in den Hodensack hinabzusteigen beginnt. Die Hautdecken über derselben sind faltbar, nicht geröthet. Kein Oedem. Gegen Druck Empfindlichkeit.

Natürlich unterblieben Repositionsversuche und in Narcose (Chloroformaether) erfolgte sofort am 14. Februar die Herniotomie: Nach Eröffnung des Bauchsackes und Spaltung der Bruchpforte flossen ca. 2 Esslöffel etwas riechenden braunrothen Bruchwassers ab und es lag eine ca. 25 Cm. lange Dünndarmschlinge vor, deren Serosa noch spiegelte. Das Eingeweide war blauroth verfärbt. Nach weiterem vorsichtigen Anziehen erschien der Schnürring am zuführenden Schenkel der strangulirten Schlinge, derselbe war graulich verfärbt und zeigte hier und da strohgelbe Streifen, von ca. 1/2 Cm. Breite. Am abführenden Schenkel keinerlei schwerere Veränderungen.

Ich umschnitt nun die gangränösen Theile bis auf die Schleimhaut und überdeckte den Defect durch Uebernähung der Serosa. Die ganze Darmschlinge wurde alsdann in Jodo-

formgaze gepackt und reponirt. Excision des Bruchsackes und Naht bis auf eine Lücke zum Hervorleiten des Tampons.

Dauer der Operation 25 Minuten. Pat. hatte dieselbe gut vertragen. Der Puls blieb bis zu Ende von guter Beschaffenheit.

Pat. erhielt kein Opium.

Der Verlauf in den nächsten 3 Tagen war zufriedenstellend. Puls und Temperatur waren gut.

Winde gingen schon am 15. Februar ab.

Am 4. Tage, den 18. Februar stieg die Temperatur auf 37,8; Puls 100; zugleich war die Athmungsfrequenz vermehrt, 25 in der Minute. Pat. hustete; dabei spie er ein schleimiges, innig mit Blut vermengtes, hellrothes Sputum aus. Er klagte über Schmerzen beim Athmen, links hinten am Thorax. Die Percussion ergab nichts, die Auscultation aber liess in einem handtellergrossen Bezirk unterhalb des linken Scapularwinkels verschärftes Athmungsgeräusch und Knisterrasseln erkennen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich nun folgendermassen: Am 5. Tage erfolgte auf Ricinus Stuhl. Entfernung der Tamponade; da die Wunde trocken war, wurde nicht mehr tamponirt. Am 7. Tage Entfernung der Nähte I intentio. Am 20. Tage wurde Pat. geheilt entlassen.

Bei der Beobachtung der complicirenden Erkrankung der Lunge liess sich Folgendes constatiren:

Am 19., 20. und 21. Februar blieb die blutige Expectoration in vollem Umfang bestehen, der auscultatorische Befund änderte sich nicht, nur dass am 20. Februar noch pleurales Reiben auftrat und die Stiche in der linken hinteren Brusthälfte stärker wurden. Die Temperatur hielt sich zwischen 37,5 und 37,8, die Pulsfrequenz war um 100, die Zahl der Athemzüge gegen 25 in der Minute, zugleich waren dieselben oberflächlich. Am 22. Februar wurde das Sputum braunroth, die Temperatur sank, doch blieben die Schmerzen bis zur Entlassung des Kranken bestehen, sie wurden freilich schwächer. Bis einige Tage vor dem Austritt des Kranken aus der Anstalt wurde noch schwaches Reiben gehört; die Expectoration wurde successive heller, bis am 25. Februar nur noch eine ganz leichte braunrothe Tönung bestand.

Die hier mitgetheilte Krankheitsgeschichte bietet eine Reihe interessanter Einzelheiten dar; im Vordergrunde des Interesses aber steht die Lungenerkrankung. Wie haben wir dieselbe aufzufassen? In welchem Zusammenhang stand sie mit der eingeklemmten Hernie, an der Pat. gelitten hatte?

Das Vorkommen von Lungenerkrankungen im Verlauf von strangulirten Brüchen oder bei Occlusio intestini ist schon ziemlich lange bekannt, aber erst in neuerer Zeit ist die Aufmerksamkeit der Beobachter auf dieselben gelenkt worden.

v. Wahl[1]) in Dorpat hat wohl als erster dieselben erwähnt und als septische Pneumonien gedeutet. Thoma[2]) sprach die Ansicht aus, dass es sich bei diesen Processen um die Aufnahme gelöster, toxischer Substanzen vom Darm her in die Blutbahn handele, letztere strömen durch den Mesenterial- und Pfortaderkreislauf dem rechten Herzen zu, von wo aus sie in die Lunge fortgeführt werden.

Pietrizckowsky[3]) in Prag gab aber zuerst eine befriedigende Erklärung des Zustandekommens jener pulmonalen Erkrankung. Er wies auf thierexperimentellem Wege nach, dass es sich um Embolie von den thrombosirten Mesenterialgefässen her in die Lunge handele. Je nach dem Zustande der Emboli entsteht in dem einen Falle ein einfacher hämorrhagischer Infarct, während das Gerinnsel, wenn es der Träger von Infectionskeimen ist, einen lobulären Entzündungsheerd in der Lunge zu erzeugen vermag. Nicht nur in letztgenanntem Organe konnte P. solche Heerde nachweisen, er fand sie auch in der Leber, sodass sich der Weg den die eingeschwemmten Partikel genommen hatten, rückwärtsverfolgen liess. Lesshaft[4]) griff diese Lehre an. Er untersuchte die Sectionsprotokolle des Berliner pathologischen Institutes auf diesen Punkt hin; ferner experimentirte er auch an Thieren, nur dass er nicht, wie P. nur Hunde nahm, sondern auch an Kaninchen Versuche anstellte; letztere brechen nicht, damit ist die Aspiration erbrochener Massen, die zum Entstehen von Schluckpneumonien und so zu Täuschungen in der Deutung der Lungenerkrangung Veranlassungen geben könnten, ausgeschlossen. Er negirte die Resultate Pietrzckowsky's strict und erklärte jene complicirende Lungenerkrankung für eine accidentell entstandene Aspirationspneumonie, die aetiologisch nichts mit den necrotisirenden Vorgängen am Darm zu thun hätte.

Tietzo[5]) wiederholte gleichfalls Pietrizckowsky's Experimente, aber auch seine Resultate waren negativ, sodass er die Ansicht des letztgenannten Autor's, wenigstens experimentell nicht zu stützen vermochte, trotzdem aber möchte er dieselbe doch nicht gleich Lesshaft von der Hand weisen, weil eben klinische Erfahrungen mit Sicherheit für dieselbe sprächen.

Schlosser[6]) vermuthete, dass die Mesenterialemboli wohl auch einmal durch den Diplococcus pneumoniae (Friedländer) inficirt sein könnten und so eine Lungenentzündung herbeizuführen im Stande wären.

Ich will mich auf eine Discussion dieser so wichtigen Frage nicht weiter einlassen, weil ich demnächst dahingehende anatomische Untersuchungen zu veröffentlichen gedenke, ich möchte nur nach Erwähnung jener differenten Anschauungen der Autoren über das Wesen der erwähnten Lungenerkrankung auf eine kurze epikritische Beleuchtung meines oben erwähnten Falles eintreten.

Eine Pneumonie lässt sich bei meinem Kranken ausschliessen, da alle für diese characteristischen Symptome fehlten. Der wesentlichste Moment, der unsere Aufmerksamkeit engagirte und uns zu einer genauen, täglich wiederholten Untersuchung der Athmungsorgane nöthigte, war die starke Hämoptoë. Wir können diesen Process wohl nicht anders, als Lungeninfarct bezeichnen, da sich andere, ältere Veränderungen des Lungengewebes, die möglicherweise als Quelle der Blutung hätten angesprochen werden können, weder anamnestisch, noch durch die objective Untersuchung nachweisen liessen. Es lagen jedenfalls keine ulcerativen Vorgänge vor, da im Sputum elastische Fasern und Tubercelbacillen fehlten. Das Herz war gesund, soweit die auscultatorische und percutorische Untersuchung diese Behauptung gestatteten. Der Kranke hatte nie einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Es bestanden ferner keine Thrombosen der palpabeln Venen, keine Ulcerationen an den Schenkeln oder Anzeichen dafür, dass früher solche vorhanden gewesen wären — kurz es liess sich für die Infarctbildung kein befriedigender Grund finden, wenn wir von den necrotischen Vorgängen am strangulirten Darm absahen.

Ich glaube daher, dass wir diese als den alleinigen Grund für die Infarcirung werden ansehen müssen, trotz der negativen Befunde in den Versuchen von Lesshaft und Tietze. Mein Pat. hatte keinmal erbrochen, ja nicht einmal gewürgt, sodass die Annahme einer Aspirationspneumonie völlig unmotivirt wäre.

Betrachten wir nur einen solchen eingeklemmten Darm einmal näher, so hat, meines Erachtens nach, die Vorstellung einer Embolie von hier aus nichts Befremdliches. Die Darmwand befindet sich im Zustande hochgradiger Ernährungsstörung. Die Venen sind strotzend gefüllt, auf der Mucosa bilden sich necrotische Heerde, wo solche entstehen kommt es auch zu Thrombenbildung. Diese setzt sich natürlich auch auf die benachbarten Partien des Darmes und Mesenteriums fort. Diesen Befund wird Jeder, der einen Darm in diesem Stadium gesehen

[1]) Arch. f. kl. Chirurgie. 1889. Hft. 2.

[2]) Verhandlungen der Dorpater med. Facultät. St. Petersburger med. Wochensch. 1889. Nr. 2.

[3]) Arch. f. kl. Chirurgie 1889. B. XXXIX. Zeitsch. f. Heilkunde. X Heft 4, 1889.

[4]) Virchow's Arch. Band 123.

[5]) Klinische und experiment. Beiträge zur Lehre von der Darmincarceration. Habilitationschrift. Breslau 1894.

[6]) Beiträge z. kl. Chirurgie. B. IX. Heft 3.

hat, wohl sicher bestätigen. Die Darmwand selbst ist in ihrer Vitalität herabgesetzt und lässt die im Darminneren vorhandenen Microorganismen ruhig ihre Strata durchwandern. (Tietze, Garré, Boennecken, Nepveu, Tavel-Lanz, Schlosser). Damit ist die Möglichkeit gegeben, dass die Thromben gelegentlich auch durch das Eindringen von Spaltpilzen infectiös werden können. Manipulirt wird an einem eingeklemmten Bruch in der Regel mehr wie genug, sei es, dass die unblutige Reposition versucht wird, sei es, dass nach ausgeführtem Bruchschnitt die Rücklagerung des Eingeweides erfolgte — zum Losreissen und Verschwemmen von Gerinnseln ist jedenfalls überreiche Gelegenheit gegeben.

Es fragt sich nun ob aber auch anatomisch die Möglichkeit vorliegt, dass die Emboli vom Darm aus auf dem Wege der Blutbahn in die Lunge gelangen können. Sie müssen entweder dem Pfortaderkreislauf folgend, die Leber passiren, um durch die Leberveuen in die untere Hohlader und damit in das rechte Herz gelangen zu können oder es existiren Anastomosen zwischen dem Darmgefässgebiet und der Vena cava inf. sodass ein directer Weg vom thrombosirten Gefäss zum rechten Atrium besteht. Es ist bekannt, dass nach ulcerativen Erkrankungen der Darmschleimhaut nicht ganz selten Eiterungen in der Leber auftreten, die doch auch nur auf embolischem Wege erklärt werden können. Freilich ist schwer zu verstehen, wie grössere Gerinnsel den Pfortaderkreislauf ohne stecken zu bleiben, passiren können, es wäre daher sehr wichtig jene Anastomosen auch wirklich einwandsfrei nachzuweisen.

Die richtige Beurtheilung und Würdigung der genannten Lungenerkrankung für die Auffassung der Beziehung des eingeklemmten Bruches zum gesammten übrigen Organismus ist zweifellos von der grössten Wichtigkeit. Die grösste Gefahr, die letzterem droht, besteht in der septischen Infection, die ihren Ausgangspunkt von den necrotisirenden Vorgängen in der strangulirten Schlinge selbst, sowie von dem, oberhalb des Schnürringes gelegenen Darmabschnitt nimmt, der ja häufig weit nach oben hyperextendirt, seiner Peristaltik beraubt und mit faulig zersetztem Koth überladen ist. Dass von hier aus beständig toxische Substanzen dem Blute zuströmen, die auch ohne eine Peritonitis sensu strictiori zu erzeugen, das Individuum tödten können, ist sicher; als weitere Quelle schwerer Gefahr müssen nun jene Embolien angesehen werden, die trotz gelungener Hebung der Einklemmung doch noch nach Tagen durch Anlage septischer Depôts, speciell in der Lunge den exitus bewirken können.

Recapitulire ich kurz, so muss daran festgehalten werden, trotz gegentheiliger thierexperimenteller Erfahrung, dass bei eingeklemmten Brüchen, Lungenembolien von Seiten der thrombosirten Darm- und Mesenterialgefässe vorkommen können, die je nach ihrer Beschaffenheit einen hämorrhagischen Infarct hervorrufen können, wie das mein Kranker klar zeigte, oder zu lobulären septischen Pneumonien zu führen vermögen.

Referate.

Dr. L. Meyer (Tübingen) Ueber Muskelinterposition bei Frakturen als Ursache von Pseudarthrosenbildung. Beitr. z. klin. Chir. XVI. 2 p. 353, 1896.

In der Tübinger chirurg. Klinik ist unter 12 Fällen von Pseudarthrose, bei denen operativ eingegriffen wurde, 7 mal als Ursache der Pseudarthrosen Muskelinterposition gefunden worden — 3 mal am Oberarm, 4 mal am Oberschenkel. In allen Fällen hat die Pseudarthrose länger als 2 Monate bestanden ohne geringste Aenderung des Zustandes. — Bei der Operation zeigte es sich, dass in 4 Fällen garkeine Callusbildung stattgefunden hatte und dass in den übrigen 3 Fällen nur eine ganz geringe Callusmasse sich neu gebildet hatte. Bei allen 7 Patienten trat nach der Operation und Entfernung der interponirten Muskelschicht die Consolidation, spätestens in 5 Monaten ein.

Verf. verfügt über 78 Beobachtungen, in denen die Muskelinterposition durch Autopsie festgestellt wurde: — 27 mal am Oberarm, 31 mal am Oberschenkel, 3 mal am Vorderarm, 9 mal am Unterschenkel, 3 mal am Radius, 4 mal an der Tibia, 1 mal an der Ulna.

Durch seine Untersuchungen bestätigt Verf. die Anschauung von Bruns und Ollier, nach welcher Muskelinterposition bei hartnäckigen Pseudarthrosen als ursächliches Moment für die Nichtvereinigung eine sehr grosse Rolle spielt.

Was die Diagnose «Muskelinterposition» anlangt, so kann sie zuweilen leicht sein, oft aber auch grosse Schwierigkeit bereiten. Leicht wird sie in solchen Fällen sein, wo man von aussen deutlich ein Fragment unter der Haut fühlt oder sieht, wie dasselbe bei Contractionen des durchbohrten Muskels mitgeht. — In anderen Fällen ist aber nur ein dünnes Muskelbündel zwischen die Bruchenden eingelagert, ohne wahrnehmbare Diastase oder Dislocation der Fragmente. — In solchen Fällen ist das einzig sichere Merkmal das Fehlen der Crepitation.

Da die dauernde Interposition von Muskeln ein absolutes Hinderniss für die Consolidation darstellt, so ist, sobald die Diagnose festgestellt worden ist und die Beseitigung durch Reposition nicht gelingt, auch bei frischen Brüchen die Freilegung der Bruchstelle angezeigt, um auf blutigem Wege das Hinderniss zu beseitigen.

Brackel.

Holländer-Berlin: Zur Frage der Blasenverletzung bei Bruchschnitt. Berlin. klin. Wochenschr. XXXIII, № 42, 1896.

Bei einer 64jährigen Frau hatten sich nach einer vor 23 Jahren durchgemachten Peritonitis Verlöthungen der Blase mit der Umgebung gebildet. Ein Jahr darauf trat zum ersten Mal ein rechtsseitiger Schenkelbruch aus, der, da die fixirte Blase nicht zurückweichen konnte, einen Zipfel von ihr mitnahm. — Als der sonst stets reponibele Bruch sich plötzlich einklemmte, wurde durch die pralle Spannung bei der Incarceration der Blasenzipfel noch weiter in die Länge gezogen und die Spitze des Zipfels wurde beim Abbinden des Bruchsackhalses mit in die Ligatur gefasst. Nach Abstossung der Seidenfäden entstand unter Nekrose des mitgefassten Gewebes eine Fistel. Dieselbe entleerte bei Druck auf die Umgebung keinen Urin, was offenbar die Annahme rechtfertigt, dass ein Ventilverschluss am Zipfelabgang bestehen musste. — Verf. konnte die Vorbedingungen einer solchen Blasenzerrung und die Möglichkeit ihrer Verletzung bei einer Herniotomie sehr instructiv bei einer 48jährigen Frau studiren, der er mittelst Laparotomie einen rechtsseitigen Ovarientumor entfernte. — Diese Patientin hatte eine leicht reponible Femoralhernie und erwies es sich während der Eröffnung der Peritonealhöhle, dass ein scharf von der übrigen Blasenwand abgegrenzter Blasenzipfel mit der Rückseite am Peritoneum fixirt war und genau nach der inneren Bruchpforte sah.

Brackel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1896.

Fünfter Band: Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems, sowie der Geisteskrankheiten.

Dieser umfangreichste der sechs Bände, aus denen das Handbuch der speciellen Therapie besteht, enthält an tausend sechshundert Druckseiten und behandelt in ca. 35 Kapiteln die allgemeine Orthopädie, die allgemeine Gymnastik und Massage, die Therapie der rheumatischen Gelenk- und Muskelerkrankungen, der Rhachitis, Osteomalacie und tuberculösen Knochen- und Gelenkaffectionen, die Prophylaxe und Diätetik der Krankheiten des Nervensystems, Mastkuren, Suggestion Hypnotismus, Hydrotherapie, Balneo- und Klimatotherapie, die Electrotherapie und Arzneibehandlung der Nervenkrankheiten. Im speciellen Theile kommen sämmtliche Erkrankungen des Nervensystems und die psychiatrischen Formen zur Sprache. Die Herren Baelz, Binswanger, Bürkner, Dellgren, Edinger, Emminghaus, Eversbusch, Frommel, Gutzmann, Hagenbach-Burckhardt, v. Heineke, Heuschen, v. Hösslin, Lenhartz, v. Liebermeister, Möbius, Ramdohr, Riedel, Schede, Stintzing, v. Strümpell, v. Winckel und Ziehen haben in diesem Bande eine Fülle der praktischen Erfahrung und des

Wissens niedergelegt, wie sie in dieser Abrundung, Vollendung und literarischen Ausgiebigkeit sicher in keinem ähnlichen Werke der Welt zu finden ist. Da an ein näheres Eingehen auf den Stoff wegen Raummangels gar nicht zu denken ist, so begnügen wir uns auch diesen Band als einen der schönsten unseren Lesern auf das Wärmste zu empfehlen. — Druck und Ausstattung sind die für das Auge und den Gebrauch denkbar besten, der Preis dieses Bandes ist trotz seines doppelten Umfanges derselbe geblieben, wie er ursprünglich angesagt war. K.

J. Veit: Handbuch der Gynäkologie. Bd. I. 1897. Verlag von J. F. Bergmann.

Schon längst machte sich unter den Gynäkologen der Wunsch geltend eine zusammenfassende Darstellung der sich rapid entwickelnden Gynäkologie in Form eines umfangreichen Handbuches zu besitzen. Das Handbuch der Gynäkologie von Billroth und Lücke ist ja längst veraltet, alle neueren Werke überschreiten den Umfang der Lehrbücher nicht. Wir können dem Herausgeber des neuen Werkes Prof. J. Veit nur dankbar sein, dass er es übernommen hat mit Unterstützung sachkundiger Mitarbeiter den enormen Stoff zu sichten und zusammenzufassen. Nach dem eben erschienenen ersten Bande zu urtheilen kann dem neuen Werk eine sehr gute Zukunft vorausgesagt werden. Die erschienenen Capitel sind freilich von sehr bewährten Kräften bearbeitet. Zunächst bespricht Löhlein die Asepsis und Antisepsis in der Gynäkologie. Gerade dieses Capitel ist durch zahlreiche Untersucher in der jüngsten Zeit in Angriff genommen und haben sich unsere Anschauungen in den letzten 5–10 Jahren bedeutend verschoben. Auch das zweite Capitel von den Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus ist ja hoch modern, man braucht blos an die neuen Methoden der vaginalen Fixation des Uterus zu denken. Durch Küstner findet es eine sachgemässe Darstellung. J. Veit bespricht darauf die Erkrankungen der Vagina und Bumm die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Die Lehre von der Gonorrhoe des Weibes ist ja bekanntlich mit von Bumm auf wissenschaftliche Basis gestellt worden und gehört sie in ihren wesentlichen Zügen gleichfalls der neuesten Zeit an. Im letzten Capitel werden die Entwickelung und die Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien von Nagel besprochen, der sich bekanntlich gerade auf dem Gebiet der Anatomie und Entwickelungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane bewährt hat.

So verlockend es auch wäre näher auf den Inhalt des Buches einzugehen, müssen wir uns dies doch aus Raummangel versagen. Falls die Arbeitstheilung in den 2 noch ausstehenden Bänden ebenso glücklich vorgenommen wird, so wird die deutsche medicinische Literatur um ein neues classisches Werk bereichert werden.

Die gute Ausstattung des Buches entspricht vollkommen seinem Inhalt. W. Beckmann.

Prof. Dr. H. Helferich in Greifswald, Lehmanns medicin. Handatlanten. Band VIII. Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. mit 68 Tafeln und 126 Figuren im Text von Maler B. Keilitz. Dritte gänzlich neubearbeitete Auflage. München, 1897. Verlag von J. F. Lehmann.

Dass Helferich's Atlas der Fracturen und Luxationen in 2 Jahren schon die 3. Auflage erlebt, zeigt wie gross in unserer schnelllebigen Zeit das Bedürfniss nach kurzgefassten anschaulichen Büchern ist. — Während den Compendien im allgemeinen ein Nutzen wohl kaum zugesprochen werden kann, liegen die Verhältnisse wesentlich anders, wo durch anschauliche Illustrationen der Lernende das, was er gelernt hat, mit dem Auge bildlich zu erfassen in den Stand gesetzt ist und so für die Beobachtung am Kranken vorbereitet wird. Dann muss aber die bildliche Darstellung eine tadellose sein. Und das ist sie in der 3. Auflage des Werkes in der That. — Naturgemäss liegt der Schwerpunkt eines solchen Buches in der Art der Verknüpfung der malerischen und systematischen Darstellung der Abbildungen. Der Text ist Nebensache. Um aber von dieser Nebensache zuerst anzufangen, so hat der Text der neuen Auflage eine wesentliche Erweiterung erfahren. Aus den Erklärungen der Abbildungen ist ein kurzes Repetitorium der Fracturen- und Luxationenlehre geworden. Es ist das gewiss ein schwierig Ding den Stoff in solcher Weise zu bewältigen. H. ist es nun wohl gelungen genügend zu schematisiren um dem Schüler die Arbeit zu erleichtern ohne dabei die Praxis mit ihrer Mannigfaltigkeit zu kurz kommen zulassen. — Bei der Lehre der Schädelbrüche ist die ältere, vom Verfasser selbst als fast verlassen bezeichnete Lehre von Aran und Felizet zur Grundlage genommen worden. Warum nicht die Arbeiten v. Wahl's und Messerers? Es ist das sehr zu bedauern, da die Darstellung durch Zurückführung auf die einfachen Principien der Biegungs- und Berstungsbrüche an Kürze gewonnen und klar und leicht fasslich geworden wäre. Die alten abgethanen Lehren vom Contrecoup, den Irradiationsbrüchen etc. hätten ruhig ganz fortbleiben können, dann hätten auch die Fissuren des Orbitaldaches ihre gute Erklärung gefunden. — Bei den Schenkelhalsfracturen ist doch ferner wohl der Verkürzung des Rotationsradius eine zu geringe diagnostische Bedeutung zugesprochen.

Die Abbildungen des Atlas sind in der neuen Auflage künstlerisch vollendet und zugleich klar. Die Präparate sind sehr instructiv gewählt, eine grosse Anzahl schematischer Zeichnungen Röntgenscher Photogramme sind hinzugekommen. Vor allen aber sind namentlich die Farbentafeln so vortrefflich ausgeführt, dass man sie stets wieder mit Vergnügen und Freude an der schönen Wiedergabe ansieht. Gerade bei der bilderreichen Darstellung der Formveränderungen am Lebenden ist eine solche künstlerisch vollendete Darstellung von ganz besonderem Werthe, — weil hier durch ungenaue oder, was häufiger ist, übertriebene Bilder der Anfänger garzuleicht irregeführt wird. Dabei sind diese Dinge schwierig wiederzugeben, namentlich in so kleinem (8°) Format, weil es hier auf den kleinsten Reflex ankommt. Die häufig vorkommenden Fracturen und Luxationen sind überall in der Darstellung bevorzugt — so das Bild der Luxatio humeri acromialis — ferner des Bruches im Collum anatomicum. Es sind das geradezu Meisterstücke, ebenso auch die Fracturen des Ellenbogens. — Stets sind den Bildern nach dem Leben gleich gut ausgeführte Farbentafeln nach vortrefflichen anatomischen Muskel- und Knochenpräparaten beigefügt. — Alles das giebt dem Werk einen bleibenden Werth, nach solchen Zeichnungen und Präparaten kann man sich nicht nur schnell sondern auch gründlich orientiren. Eine Kleinigkeit sei hier erwähnt. Auf Tafel 17 — Darstellung einer künstlichen Kieferluxation hätte das Bild vielleicht instructiver werden können, wenn das Gelenk im Durchschnitt oder nach Entfernung der inneren Capselwand gezeichnet wäre. Man hätte doch besser das Uebergleiten des Proc. condyl. demonstriren können. — Der handliche Atlas Helferich's ist Studirenden und Praktikern bestens zu empfehlen. Dem Specialisten kann er das Handbuch nicht ersetzen — und soll es auch nicht. Den Praktiker aber, der keine Zeit hat und der nicht täglich in der Uebung ist, wird das Buch schnell orientiren und vor Fehlern bewahren können, indem es ihm zugleich gute Handhaben für die Therapie weist. Ausstattung elegant. Preis 12 Mark. Z.

Herrmann Krukenberg: Lehrbuch der mechanischen Heilmethoden. Mit 147 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1896. 239 pag. Preis 7 Mark.

Dieser neue Band der Enke'schen «Bibliothek des Arztes» bildet eine Ergänzung des derselben Sammlung angehörenden Lehrbuches der orthopädischen Chirurgie von Hoffa. Es enthält «eine zusammenfassende Darstellung jener Heilmethoden, welche zur Beseitigung der Bewegungsstörungen gebräuchlich sind und sich bewährt haben». Es werden daher besprochen ausser den mechanischen Mitteln, der Massage, Gymnastik, den redressirenden Manipulationen, der maschinellen Heilgymnastik, auch die Elektro- und Hydrotherapie «solcher Leiden, bei welchen eine Functionsstörung des Bewegungsapparates das einzige oder das hervorstechendste Symptom der Krankheit ist». Im Capitel über Apparatotherapie giebt Verf. eine Beschreibung der von ihm erfundenen Widerstandsapparate, «bei welchen die geleistete Muskelarbeit in allen Phasen der Bewegung möglichst gleich ist und bei welchen weiterhin die Muskelarbeit möglichst genau berechnet werden kann und endlich bei grösster Muskelschwäche auf ein Minimum reducirt werden kann». Dies Alles erreicht er dadurch, dass die zu hebenden Gewichte an der Peripherie eines Rades angebracht werden, welches vermittelst einer radiären Stange mit Laufgewicht aequilibrirt werden kann.

Als Hauptvorzug der Darstellung verdient hervorgehoben zu werden der stete Hinweis darauf, «dass eine rationelle mechanische Behandlung in den meisten Fällen auch ohne complicirte und kostspielige «medicomechanische» Apparate möglich ist». Michelson.

Prof. C. Lange: Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese. Deutsch von Dr. Kurella. Hamburg u. Leipzig, Verlag von Leopold Voss. Preis 1 Mark. 55 S.

Schon vor 10 Jahren machte der Kopenhagener Professor auf die periodische Depression als eine besondere Krankheitsform aufmerksam. Seine Theorie fand mehr Widerspruch und Misstrauen, als Unterstützung. Die Häufigkeit der Krankheit (bisher hat Verf. ca. 2000 solcher Patienten beobachten können), die irrationelle oder schädliche Behandlung, da sie nicht richtig diagnosticirt, sondern zur Melancholie oder noch öfter zur Neurasthenie gerechnet wird. haben Verf. zur Veröffentlichung einer zweiten Auflage bewogen.

Auf die Schilderung der geistigen und körperlichen Symptome folgt die Abgrenzung gegen die Melancholie. Die für das Leiden charakteristische Periodicität ist meist eine ganz unregelmässige.

Von disponirenden Momenten ist neben dem Alter («die erste ausgesprochene Depressionsperiode fällt in mehr als der Hälfte der Fälle in die Zeit zwischen dem 25. und 35. Jahre») nur die Erblichkeit von entscheidender Bedeutung, und zwar die Vererbung der harnsauren Diathese, denn «man trifft bei den an Depressionen leidenden Patienten durchgehends sowohl während ihrer Anfälle, als auch ausserhalb derselben, die Neigung, einen stark sedimentösen Urin zu lassen, auch ohne die Einwirkung von Gelegenheitsursachen, welche die Bildung von harnsaurem Sediment begünstigen». Die Behandlung hat daher im Wesentlichen die uratische Diathese zu bekämpfen. Eine radicale Heilung ist bei der Natur des Leidens vorläufig ausgeschlossen.

In einer Nachschrift bespricht Verf. die Diagnose der harnsauren Diathese, warnt vor der Anwendung von Opium und Bromkalium und zieht gegen den Krankheitsbegriff der Neurasthenie zu Felde.

Michelson.

Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. VI. Band. II. Theil, II. Abtheilung. Dr. Geor Sticker. Der Keuchhusten. Der Bostock'sche Sommerkatarrh. Wien 1896. Alfred Hölder.

Das vorliegende Heft des Nothnagel'schen Sammelwerks behandelt zwei für den praktischen Arzt äusserst wichtige Krankheiten — den Keuchhusten und das sogenannte Heufieber. Mit grosser Sorgfältigkeit und vollständiger Beherrschung der Literatur giebt Verfasser ein Bild von der Geschichte der beiden Krankheiten und schildert in kurzen und klaren Zügen die einzelnen Symptome und Complicationen. Eine grosse praktische Erfahrung gab dem Verf. die Möglichkeit mit streng kritischem Sinne die zahlreichen therapeutischen Methoden, die beim Keuchhusten empfohlen und angewandt worden sind, zu sichten. Von Mitteln, die nach den Erfahrungen des Verf. mehr als nur symptomatische Wirkung erzielen, rühmt S. das Chinin und den Campher. Bei der ausführlich gehaltenen Besprechung der Keuchhustentherapie vermissen wir die Erwähnung der von Schliep und Sandahl empfohlenen pneumatischen Behandlung, — die Einathmung von comprimirter Luft in pneumatischen Kammern, die in vielen Fällen den erwähnten Autoren sich als äusserst wirksam erwiesen hat. Im Uebrigen lässt jedoch das Kapitel über die Therapie des Keuchhustens Nichts zu wünschen übrig. — Recht eingehend schildert S. das Krankheitsbild des sog. Heufiebers, betont sein relativ häufigeres Vorkommen in England und den Vereinigten Staaten und grenzt diese Erkrankung scharf von ähnlichen Affectionen ab. — So reiht sich denn dieser Abschnitt des Nothnagel'schen Sammelwerkes den bereits erschienenen Bänden würdig an, und wir können desshalb das Studium desselben mit gutem Gewissen empfehlen.

Abelmann.

Dr. Ludwig Stacke: Die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel als Radicaloperation zur Heilung veralteter chronischer Mittelohreiterungen, der Caries, der Necrose und des Cholesteatoms des Schläfenbeins. Nebst den Krankengeschichten der ersten 100 operirten Fällen. Tübingen, Verlag von Franz Pietzker. 1897.

Vorstehende Operationsmethode wurde von Stacke zum ersten Male vor 6 Jahren vorgeschlagen und hat bei den verschiedenen Fachcollegen die verschiedenste Würdigung gefunden. In der vorliegenden Arbeit werden die vom Verf. mit seiner Operationsmethode im Laufe der Zeit gemachten weiteren Erfahrungen, die er jetzt für abgeschlossen hält, veröffentlicht. Mit aller Entschiedenheit weist Stacke im Vorworte zu seiner Arbeit alle der Operation gemachten Vorwürfe zurück, die er grösstentheils auf die unvollkommene Operationstechnik der Autoren zurückzuführen geneigt ist. Es folgt darauf eine genaue Praecisirung der Indicationen und eingehende Beschreibung der Operationsmethode, welche Stacke als Radicaloperation bezeichnet. Die 100 nach seiner Methode operirten Fälle, deren Krankengeschichten in der Arbeit kurz mitgetheilt werden, sind in der Reihenfolge, wie sie dem Verf. vorgekommen sind, aufgeführt ohne Auswahl, die ungünstigen wie die günstigen, wodurch ein Urtheil über den Werth der Methode möglich wird. Es sei die hochinteressante, lehrreiche Arbeit jedem Chirurgen und Otologen auf das Wärmste empfohlen.

A. Sacher.

Dr. Carl Rosenthal: Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. 1897. Verlag von August Hirschwald.

Es ist ein sehr gutes Buch, das sich schon in seiner ersten Auflage einer günstigen Aufnahme von Seiten der Kritik zu erfreuen hatte und vornehmlich für den praktisch thätigen Arzt und studierenden berechnet ist. Knappe, aber durchaus klare und übersichtliche Schilderung der Krankheitsbilder sind die Vorzüge des Buches, in dem auch das therapeutisch Wichtige in gebührender Weise hervorgehoben ist, was ja für den Praktiker das Wesentlichste ist. Für die uns vorliegende zweite Auflage sind ausserdem noch die Neuerscheinungen der letzten Jahre auf dem Gebiete der Rhinologie benutzt worden, sodass dieselbe, wohl in Kürze, einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand unserer Specialwissenschaft zu geben im Stande ist. Wir empfehlen das Buch recht warm und hoffen, dass es sich viele Freunde erwerben wird. Druck und Austattung sind gut.

A. Sacher.

Dr. L. Grünwald in München: Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. Verlag von J. F. Lehmann. München. 1897. Preis eleg. geb. M. 8.

Das vorliegende prächtige Werk, welches den XIV. Band von Lehmann's medicinischen Handatlanten bildet, stellt einen Atlas zur Erleichterung der laryngologischen Diagnostik dar. Der erste, 100 Seiten fassende, Theil desselben enthält einen systematischen Grundriss der Laryngologie, indem Anatomie und Physiologie des Larynx, die verschiedenen Untersuchungsmethoden desselben, sowie die Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten in gedrängter Kürze dargestellt werden; das Hauptgewicht ist darin auf die Schilderung des praktisch Wichtigen gelegt, während Seltenheiten nur ganz kurz behandelt werden. Der zweite, Haupttheil des Werkes enthält auf 45 Tafeln, 107 farbige und 25 schwarze, trefflich ausgeführte Abbildungen, die mit grosser Naturtreue die verschiedenen Kehlkopfaffectionen zur Darstellung bringen; die meisten derselben sind recht gut gelungen und sehr instructiv. Jedem einzelnen Bilde ist eine kurze Krankengeschichte beigegeben, aus der alles Nähere über die Anamnese, Symptome, Diagnose und Therapie des betreffenden Falles ersichtlich ist. 12 Tafeln, aus denen die hauptsächlichsten, elementaren, histologischen Veränderungen ersehen werden können, sind dem Verständniss der Krankheitsprocesse gewidmet. Das Werk wird jedem Arzte und Studierenden, als Ergänzung zum Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten sehr nützlich und willkommen sein. Die Ausstattung desselben ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Monari (Bologna) hat durch Experimente an Hunden festgestellt, dass dieselben die Totalresection des Magens ertragen, ohne dass auf die Dauer eine wesentliche Aenderung des Stoffwechsels erfolgt. Die Resection des Dünndarms konnte bis zu $^{7}/_{8}$ der Gesammtlänge ohne Schaden ausgeführt werden. Sobald man den Thieren mehr als $^{9}/_{10}$ des Dünndarms abnimmt, reicht das übrig gebliebene Stück zur Erhaltung des Lebens nicht mehr hin. Der Dickdarm vermag also die Functionen des Dünndarms nur theilweise zu übernehmen. Die Thiere, welche trotz ausgedehnter Dünndarmresection keine Beeinträchtigung ihres Stoffwechsels erkennen liessen, zeigten an ihrem Magen und Dünndarmreste eine wahre Hypertrophie und Hyperplasie, namentlich der Schleimhaut, im Dickdarm waren diese Veraenderungen weniger ausgesprochen. Auf Grund seiner Thierexperimente hält Monari auch beim Menschen eine vollständige Beseitigung des Magens oder die Resection eines grossen Dünndarmtheiles für zulässig.

(Schmidt's Jahrbücher Bd. 252 № 11).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

614. Sitzung am 10. December 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz: Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Hirsch verliest eine Abhandlung des Dr. Levison (Kopenhagen): Ueber die Behandlung der Gicht. (Die Arbeit ist in der St. Petersburger Med. Wochenschrift veröffentlicht worden).

Herr Hirsch fügt hinzu, dass er mehrere von Dr. Levison behandelte Kranke selbst gesehen habe. Die erzielten Resultate lassen es wünschenswerth erscheinen, dass die beschriebene Behandlungsmethode auch von anderer Seite angewandt werde.

Herr Moritz fragt an, ob es sich in den mitgetheilten Fällen stets um Steifigkeiten, hervorgerufen durch Gichtknoten

gehandelt habe. Selbst wenn dies nicht der Fall sei, könnte vielleicht die Indication für diese Behandlung erweitert werden, vielleicht erweist sie sich als geeignet auch für gewisse Fälle von Arthritis deformans.

Herr Anders hat aus den verlesenen Krankengeschichten den Eindruck erhalten, dass es sich in einigen Fällen um Polyarthritis rheumatica gehandelt habe, dieselbe ist auch die häufigste Ursache von Gelenksteifigkeiten.

Herr Hirsch glaubt auch, dass die Diagnose Steifigkeit in Folge von Gicht nicht für alle Krankengeschichten richtig sei, hebt aber hervor, dass der Verfasser ausdrücklich seine Behandlungsmethode für die Arthritis urica reservire und angebe, dass dieselbe bei rheumatischen Gelenkaffectionen wirkungslos sei.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1896.

Zusammengestellt vom Secretär Dr. W. Beckmann.

Während des Jahres 1896 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 20 Mitgliedern und 2 Gästen 33 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 17 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate, Apparate, Instrumente, Wachsmulagen, Zeichnungen und Curven demonstrirt wurden. Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disciplinen.

Innere Medicin.

Hirsch, Ueber die Behandlung der Gicht nach Dr. Levison.
Högerstedt, Ein Fall von Atropinvergiftung.
Derselbe, Ueber Pericarditis purulenta influenzosa.
Kallmeyer, Ueber 339 Fälle von Influenza.
Moritz, Ueber Cysticerken des Gehirns.
Derselbe und Dehn, Ueber die Behandlung in Nauheim und die Schott'sche Methode.
Schuster, Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System.
Unterberger, Ueber Lungentuberculose und ihre Behandlung speciell in Haussanatorien.

Chirurgie.

Anders, Zur Pathologie und Therapie des Genu valgum.
Derselbe, Ueber die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation.
Derselbe, Demonstration von 3 Kindern mit Spondylitis und des Lorenz'schen Gypsbettes.
Dombrowsky, Ein Fall von primärem Sarcom der Tonsille.
Högerstedt, Ein Fall von traumatischer Blasenruptur.
Horn, Demonstration von 3 Pat. mit angeborener Hüftgelenksluxation.
Kallmeyer, Demonstration einer grossen Kropfgeschwulst.
Thilo, Demonstration von orthopädischen Apparaten.
Tiling, Beitrag zur Hirnchirurgie.
Derselbe, Ein Fall von Krebs des Mundbodens.
Derselbe, Ueber den Werth der Chelidoniumbehandlung bei Krebs.
Wulff, Ein operirter Fall von Kleinhirnabscess.
Derselbe, Zur Symptomatologie und Operation des Kleinhirnabscesses.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Kallmeyer, Demonstration eines grossen Cystofibroms des Uterus.

Kinderheilkunde.

Hecker, Zur Frage über die angeborene Darmocclusion.
Lunin, Ueber Spinalpunktion nebst Demonstration von 2 Präparaten des Centralnervensystems bei Cerebrospinalmeningitis.
Mossin, Demonstration eines Impfmessers.
Schomacker, Einige Bemerkungen über die Gärtner'sche Fettmilch.

Augenheilkunde.

Blessig, Fall von Linsenextraction bei hochgradiger Myopie und Schichtstaar.
Eliasberg, Ueber die Thätigkeit der fliegenden augenärztlichen Colonne im Pensa'schen Gouvernement 1895.
Germann, Ueber Augenaffectionen zur Zeit der Vaccination.
Derselbe. Ein operirter Fall von hochgradiger Myopie.

Hautkrankheiten und Syphilis,

Dehio, Ueber die Aetiologie der Lepra.
v. Petersen, Ein Fall von Myositis gummosa.
Derselbe, Ein Fall hereditärer Lues mit Affection des Schädels

---

Vermischtes.

— Zum Delegirten der russischen Regierung auf der internationalen Pestconferenz in Venedig ist Dr. Botkin ernannt worden, welcher sich gegenwärtig behufs Studiums der Postepidemie in Bombay aufhält, von wo er direct nach Venedig sich begiebt.

— Die Stadtduma von Borowitschi (Gouv. Nowgorod) ist bei der Regierung mit dem Gesuch eingekommen, dem Arzt Dr. Orlow, welcher seit 20 Jahren das Landschaftshospital leitet und bereits 12 Jahre als Präsident der Borowitsch'schen Wohlthätigkeits-Gesellschaft fungirt die Würde eines Ehrenbürgers der Stadt Borowitschi verleihen zu dürfen.

— In Charkow begeht der Professor der Anatomie Dr. M. A. Popow in diesem Monat das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Vor Kurzem feierte Dr. Michael Blumenfeldt in Kischinjew sein 25-jähriges Arzt-Jubiläum, an welchem sich die Stadt, die Landschaft sowie die Collegen betheiligten. Der Jubilar ist unter Anderem auch Vicepräsident der bessarabischen medicinischen Gesellschaft in Kischinew.

— Für die drei ersten medicinischen Sectionen des X. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte, welcher bekanntlich in diesem Jahre vom 21—30. August in Kiew stattfinden wird, sind zu Geschäftsführern und Leitern gewählt worden: Prof. M. A. Tichomirow — für die Section der Anatomie und Physiologie, Prof. W. Podwyssotzki — für die Section der therapeutischen Medicin. und Prof. W. D. Orlow — für die Section der Hygiene. Etwaige Vorträge sind beim geschäftsführenden Comité in Kiew bis zum 1. August anzumelden. Die Mitgliedskarte kostet 3 Rbl.

— Verstorben: 1) In Wileika (Gouv. Wilna) der dortige Kreisarzt Leonid Benewolenski im 40. Lebensjahre am Typhus mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken in einem Dorfe inficirt hatte. Er hat seine Frau mit 2 Kindern ganz mittellos hinterlassen. Es fanden sich nicht einmal einige Rubel zur Beerdigung vor. (Wr.) 2) In Odessa der Stadtarzt Gustav Stankewicz. 60 Jahre alt. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene beinahe 35 Jahre ausgeübt. 3) Am 4. Januar in Kowno der freipraktieirende Arzt Otto Rzonsnicki, 57 Jahre alt, in einem Anfalle von Angina pectoris. Der Hingeschiedene hat auch am letzten türkischen Feldzuge als Militärarzt theilgenommen, wo er einen schweren Flecktyphus und bald darauf das Malariafieber durchmachte, welches eine Hemiparese zur Folge hatte. Nach seiner Wiederherstellung liess er sich als praktischer Arzt in Kowno nieder, wo er bald zu den beliebtesten Aerzten gehörte. 4) In London der frühere Chef des ostindischen Sanitätswesens Dr. Frederic John Monat im Alter von 80 Jahren. Er bekleidete längere Zeit auch eine Professur an der medicinischen Schule in Calcutta und ist vielfach literärisch thätig gewesen. Unter Anderem hat er eine persische Ausgabe der englischen Pharmakopoe besorgt und ein Lehrbuch der Anatomie in hindostanischer Sprache für die indischen Stundenten geschrieben. 5) In Berlin der dortige Arzt Eduard Jacobson im 63. Lebensjahre, bekannt als humorvoller Dichter und Schöpfer vieler heiterer Bücherwerke.

— Der ehemalige Kreisphysikus Dr. Peter Engelmann ist zum Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsamtes, an welchem er bereits seit zwei Jahren als Hülfsarbeiter für Medicinalinstitut thätig ist, ernannt worden.

— Am 26. December v. J. ist die sterbliche Hülle Louis Pasteur's aus der Notre-Dame-Kirche nach dem Institut Pasteur in Paris übergeführt und daselbst feierlich beigesetzt worden.

— Wie der «Times» aus Montevideo gemeltet wird, hat der Leiter des Nationalinstituts für Hygiene in Uruguay, Giuseppe Sanarelli den Bacillus des gelben Fiebers entdeckt.

— Nach dem Jahresberichte der Moskauer Universität pro 1896 betrug die Gesammtzahl der Studirenden zum 1. Januar d. Jahres 4206, von denen 1389 (über 31%) der medicinischen Facultät angehören, dazu kommen noch 101 freier Zuhörer und 154 Pharmaceuten. In dem Berichtsjahre haben 767 Studirende den vollen Cursus absolvirt, 329 haben vor Beendigung ihrer Studien die Universität verlassen. Die medicinische Doctorwürde wurde 22 Personen verliehen. Der Lehrkörper der Universität zählte 60 ordentliche und 33 ausseordentliche Professoren, sowie 142 Privatdocenten, von denen 70 der medicinischen Facultät angehörten. Für den Unterhalt der Universität waren aus Staatsmitteln 1,040,726 Rbl. angewiesen. Die Wohlthätigkeits- und Stiftungskapitalien bei der Universität beliefen sich am Schluss des Jahres auf 3,264,917 Rbl.

— Die St. Petersburger Gouvernements-Landschaft hat für das Kapital (welches auf den Namen der im Kampf mit den Epidemien erlegenen Studenten der militär-mediciniscen Academie bei der medicinischen Unterstützungskasse gebildet ist, 500 Rbl. gespendet. (Herold.)

— Mit dem Beginn dieses Jahres ist die von Prof. Bogomolow (Charkow) herausgegebene Monatsschrift «Современная клиника» (Zeitgenössische Kninik) aus von dem Herausgeber unabhängigen Gründen eingegangen.

— Im neuen Jahr ist die deutsche periodische medicinische Presse wieder um zwei neue Zeitschriften bereichert worden: 1) «Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie», herausgegeben von den Professoren Wernicke (Breslau) und Ziehen (Jena); 2) Unter dem Titel «Das Bistouri», eine illustrirte, humoristisch-satyrische Zeitung für Mediciner, unter der Redaction von Dr. Graetzer in Sprottau (Preuss. Schlesien).

— Die Wittwe des verstorbenen Philanthropen Baron Hirsch hat dem israelitischen Hospital in Warschau 100,000 Rbl. zum Bau eines neuen Krankenhauses übermittelt.

— Die St. Petersburger Stadtduma bewilligte in ihrer letzten Sitzung einen Credit von 10,000 Rbl. zur Vergrösserung der städtischen Entbindungsanstalten, sowie zur Anstellung einer grösseren Zahl von Accoucheuren.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Januar d. J. 7890 (99 mehr als in d. Vorw.), darunter 715 Typhus — (17 wen.), 863 Syphilis — (0 wen.), 146 Scharlach — (10 mehr), 124 Diphtherie — (5 mehr), 38 Masern — (9 mehr) und 26 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 18. Januar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	308	653	140	57	81	20	15	18	46	55	50	50	50	28	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 14, Diphtherie 22, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 60, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 51, Todtgeborene 33

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 4. Februar 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. Februar 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5 Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 25 Января 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, (13.) 1. Februar **1897**

Ueber Anwendung von Sozojodol Präparaten bei der Behandlung von Augenkrankheiten*).

Von

Dr. Benjamin Bjelilowsky.

(Sossnowka, Gouv. Tambow).

In meinem kurzen Berichte über meine okulistische Thätigkeit auf der Station «Astopowo»[1]) habe ich in einer kleinen Notiz erwähnt, dass von mir bei der Behandlung von Augenkrankheiten Sozojodol-Präparate angewandt werden. Die Resultate waren damals noch nicht genügend überzeugend um veröffentlicht zu werden; jetzt aber hat sich viel mehr Material in dieser Frage angesammelt und ich kann der Beurtheilung meiner Collegen die Resultate vorlegen, welche ich bei der Behandlung von mehr als 300 Patienten mit diesen Präparaten erzielt habe.

Acidum sozojodolicum-Doppeljodparaphenolsulfonsäure — von der Constitution $C_6H_2J_2NHSO_3H$ stellt eine Verbindung dar, die aus Jod (55%) Phenol (20%) und Schwefel (7%) besteht. Ihre Salze erhält man durch Ersetzung von einem oder zwei Atomen H durch K, Na, Hg, Zn — wir haben also Kali-, Natron-, Zink-, und Quecksilbersalze der Sozojodolsäure.

Die ersten drei Salze bilden farblose, geruchlose Krystalle, welche sich in 13—20 Th. kalten Wassers, leichter in warmem Wasser auflösen. Zuweilen lösen sich sogar bei diesem Verhältnisse von Salz und Wasser die Krystalle erst nach 2—3 Stunden auf, und auch dann nur nach häufigem Durchschütteln.

Das Quecksilbersalz stellt ein pomeranzengelbes Pulver dar, welches sich in Wasser fast garnicht, in Kochsalzlösung aber leicht auflöst. Die Lösungen von Sozojodolpräparaten haben eine sehr angenehme Eigenschaft — vollständige Geruchlosigkeit.

Ihre Anwendung in der Medicin, besonders in der Chirurgie, verbreitet sich allerdings, doch recht langsam, obgleich sie, wie Penzoldt[2]) angiebt und meine Beobachtungen ergeben haben von vortrefflicher Wirkung sind bei Brandwunden, Quetschwunden und in der Gynäkologie. So erzielt man bei Cervicalcatarrh, Endometritis, Gonnorrhoe und bei katarrhalischen Entzündungen der Vagina mit übelriechenden eitrigen Schleimhautabsonderungen die besten und schnellsten Resultate nach Einspritzungen von 1—4% Lösungen von Na Zn Sozojodolici oder nach Einführung von Tampons mit 5—10—15% Na Zn-sozojodolvaselin.

Teichmann[3]) gebraucht und empfiehlt sehr warm Präparate von Sozojodolsäure bei Erkrankungen der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut: atrophischen, hyperplastischen, trockenen Rhinitiden, bei Ekzemen des Naseneinganges, bei tuberculösen und syphilitischen Geschwüren des Kehlkopfs. — Hierbei findet er, und damit kann man sich nicht einverstanden erklären, dass das Natrumsalz des Sozojodol weniger austrocknet, weniger reizt, dass es sehr wichtig ist bei Behandlung acuter Processe der Conjunctiven, bei sehr empfindlichen und nervösen Personen.

Bei der Gonnorrhoe habe ich sehr gute Resultate beim Gebrauch von 4—6% Na-Zn sozojodolicum oder 1% Hg sozojodolicum erzielt. So hörten einmal nach Gebrauch von 1% Hg sozojodolicum Schmerzen und Ausfluss in einigen Tagen auf. Ich wartete nur auf einen Fall von Blennorrhoe, um das Mittel auch hier anzuwenden. Die Gelegenheit liess nicht lange auf sich warten.

Man brachte zu mir einen 15 jährigen Knaben, Joh. B. aus d. Dorfe Krugloje im Dankow'schen Kreise — mit blennorrhoischer Entzündung beider Augen, welche, wie der Kranke erzählt, 2 Tage vorher sich eingestellt hatte, nachdem er mit einem Mädchen «gespielt» hatte. Die Lider waren geschwollen, rosaglänzend und überhängend; eine Berührung der Augen rief solche Schmerzen und solche Proteste seitens des Kranken hervor, dass man ihn halten musste. Umschlagen konnte ich nur das linke obere Lid: die Conjunctiva des Augapfels und der Lider war

*) Vorgetragen in einer Sitzung der Morschansk'schen Medicinischen Gesellschaft den 20. April 1896.

stark injecirt, die Hornhaut rein, aber umgeben von einer wallförmigen Conjunctiva (Chemosis); der Ausfluss aus beiden Augen schleimigeitrig, fadenziehend. Ich behielt den Kranken bei mir und verordnete eine beständige Irrigation aus 4°/o Hgsozojodollösung und in Zwischenräumen machte ich ihm Eisumschläge aus derselben Lösung. Innerlich: Saloli 0,6 und Phenacetini 0,3 3 mal täglich. Am anderen Tage waren die Schmerzen geringer, die Geschwulst der Lider hatte bedeutend abgenommen, obgleich sie sich nur mit Mühe und Schmerz umschlagen liessen; am rechten Auge hatte sich die Hornhaut getrübt. Die Verordnung blieb dieselbe, doch im rechten Auge durchschnitt ich die wallförmige Schleimhaut um die Hornhaut herum und in den Conjunctivalsack that ich Morgens und Abends 1°/o Hgsozojodolvaselinsalbe. Nach 3 Tagen wurde die Irrigation eingestellt, nur die Umschläge beibehalten, und nach 8 Tagen konnte ich den Kranken gesund entlassen, nur war eine Trübung der Hornhaut im äusseren Quadranten des rechten Auges geblieben. Ermuthigt durch das Resultat dieses Falles fing ich an Sozojodolpräparate bei allen Erkrankungen der Conjunctiva und einigen der Hornhaut und Iris anzuwenden.

Acute Conjunctivitiden mit ziemlich reichlicher eitriger Absonderung, grell-rother, papillärer Conjunctiva der Umschlagfalte und Lider, mit dem Gefühl der Schwere im Auge, Zusammenkleben Morgens, Excoriation der äusseren Winkel und zuweilen (besonders bei Kindern) Lidspasmen empfiehlt man (Chodin[4]), Berry[5]) und andere) gewöhnlich mit Lösungen von Höllenstein zu heilen, und für Umschläge schwache Desinficientia zu brauchen, wie Sublimatlösung 1:10,000 oder Borsäure 1:50; in chronischen Fällen wird eine symptomatische Behandlung angewandt: wenn die Absonderung reichlich ist, eine Lapislösung mit irgend einem Desinficiens, bei Lockerung und geringer Absonderung adstringirende Mittel wie: Zinksalze, Kupfersalze, Tannin und andere.

Ich behandele Kranke mit acuten Conjunctivitiden folgendermassen: ich gebe dem Kranken ein Augenbad aus 4—6°/o Na sozojodolicum und dann wende ich nach vorhergehender Cocainisirung 6°/o Zn sozojodoltropfen an; falls aber die Absonderung nicht reichlich ist, gebe ich dem Kranken Tropfen aus 10°/o Na sozojodolici (ein weniger als das Zinksalz reizendes Mittel) und in Form von Umschlägen 1°/o Zn sozojodol auf 1—2°/o Borwasser. Bei dieser Behandlung sank die Krankheitsperiode von 14—18 Tagen auf 6—8 Tage.

Auf diese Weise wurde die Behandlung bei 114 Kranken mit acutem Catarrh der Conjunctiven durchgeführt; 92 (80,7°/o) wurden geheilt, bei 22 (19,2°/o) wurde der Zustand erleichtert.

Bei chronischen Conjunctivitiden, wenn die Absonderung gering ist und wir Rauhigkeiten der Schleimhaut haben, wende ich eine 4—6°/o Znsalzlösung an oder eine mehr reizende Behandlung, eine Salbe aus 2°/o Quecksilbersalz des Sozojodol mit Vaselin oder Lanolin und zum häuslichen Gebrauch gebe ich dem Kranken 1—2°/o Zn-Nasozojodollösung zum Auswaschen der Augen Morgens und Abends.

Mit chronischen Conjunctivitiden habe ich 186 Kranke empfangen. In allen diesen Fällen trat eine sehr schnelle Besserung ein: die Ernährung der Conjunctiva wurde besser, sie nahm ein normales Aussehen an, und die subjectiven Empfindungen im Auge hörten auf; geheilt 179 (96,2°/o); erleichtert 7 — (3,7°/o).

Die Heilung der blennorhoischen Entzündung nahm ich, abgesehen von unbedeutenden Modificationen so vor, wie ich oben angegeben habe. Solcher Fälle hatte ich drei; alle drei verliefen ohne schwere Complicationen seitens der Hornhaut; es ist wahrscheinlich, dass ein nicht geringer Theil des Erfolges dieser Cur auch dem Umstande zuzuschreiben ist, dass gegen den Krankheitsprocess in seinen frühesten Stadien eingeschritten wurde; in einem Falle — am 3-ten, in einem anderen — am 4-ten Tage.

Bei Conjunctivitis phlyctänulosa mit starken Reizerscheinungen, Injection der Gefässe instillire ich zuerst Atropin mit Cocain, und darauf 2—4—6°/o Zn, oder 1—2°/o Quecksilbersozojodollösung. Sehr bald hören die Erscheinungen der Reizung und Lichtscheu auf, und der Heilungsprocess wird bedeutend verkürzt.

Ich kann nicht umhin eines exquisites Falles einer phlyctänulösen Conjunctivitis, welche ich unlängst in Behandlung hatte, Erwähnung zu thun.

Eine Kranke, Aerztin A. R. klagt über Röthung, Unbehagen und Schmerz im rechten Auge, welche Erscheinungen Abends zunehmen, so dass es ihr schwer ist ins Licht zu sehen und zu arbeiten.

Die Untersuchung ergab folgendes: im inneren Theile der Conjunctiva des rechten Auges eine Phlyctän von der Grösse eines grösseren Stecknadelkopfes mit Verlust des Epithels auf der Kuppe, mit einer starken Injection der Gefässe der Conjunctiva, welche die Form eines Dreiecks oder kleinen Flügelfells hat. Verordnung: 4°/o Znsozojodollösung in Form von zweiminutenlangen Bädern Morgens und Abends. Die Schmerzen wurden bedeutend geringer noch am selben Tage, ebenso die Lichtscheu und die vollständige Genesung trat am 5-ten Tage ein

Dieser Fall ist interessant sowohl wegen des schnellen therapeutischen Erfolges des Sozojodol, als auch deswegen, weil ich hier zum ersten Male mich entschlossen habe den Verband fortzulassen, was ich früher nie gethan, weil die Lehrbücher es verbieten. Allerdings eifert dagegen der Edinburger Ophtalmolog Berry[6])

Breite Phlyctänen behandele ich durch Beizung mit 5—10°/o Hgsozojodollösung vermittels Wattebausches oder eines zugespitzten hölzernen Stäbchens, natürlich nach vorhergegangener Cocainisirung mit 4—6°/o Lösung.

Was die Behandlung des Trachoms anbetrifft, so übe ich eine ausschliessliche Sozojodolbehandlung erst seit Kurzem und zwar parallel mit der Heilmethode, die ausführlich von mir in meinem Berichte beschrieben worden ist*).

Im ganzen habe ich bis jetzt 16 Trachomfälle gehabt**); von ihnen 10 — mit granulöser Form; 4 — gemischte granulöse und papilläre und 2 papilläre mit bedeutendem Pannus der Hornhaut. In allen diesen Fällen verfuhr ich folgendermassen: nach Ectropionirung der Lider, zerreibe ich unter Cocainanaesthesie mit dem Nagel des Zeigefingers oder Daumens der rechten Hand (mit der linken fasse ich die ectropionirten Lider) alle Körner bis zur Blutung und darnach reibe ich Zn sozojodol in Pulverform ein; Patient bekommt nach Hause 3°/o Borzinkwasser mit Cocain 4°/o, da die Schmerzen noch einige Stunden andauern. Die Häutchen, die sich auf der Schleimhaut der Lider bilden, entferne ich am anderen Tage vermittels reichlicher Augendouche aus warmem Wasser oder reibe sie mit Wattekügelchen ab, fast ohne Blutung. Darauf gebe ich den Patienten Tropfen einer 6—10°/o Zn sozojodollösung oder 2°/o Quecksilbersalz auf 3—4 Tage und auch 2°/o Cocaintropfen, wonach ich dieselbe Procedur wiederhole und nach 3 Wochen (maximum) ist der Patient genesen. Sind aber die Papillen sehr gross, so schneide ich sie vorerst ab. Von 14 Fällen erzielte ich in 9 Fällen völlige von mir im Laufe von 3 Wochen nach Beendigung der Cur controllirte Genesung (64,2°/o); Erleichterung in 3 Fällen (Recidiv in

*) Behandlung mit Sublimatglycerin, oder -vaselin nach vorgehender Ausschälung der Körner.

**) Diese haben sich in letzter Zeit (1. Febr. 1896) auf 118 Fälle vermehrt. Ihre Behandlung war dieselbe; Genesen 69,4°/o.

der 2-ten Woche) 21,4%; 2 Fälle (14,2%) blieben resultatlos. Fälle von Trachom mit Pannus der Hornhaut wurden mit dem stark reizenden 5—10% (sehr selten). Sozojodolquecksilbersalz in Vaselin geheilt.

Bei mir erschien der Bauer K. Sch. aus dem Dorfe Terbejewo im Koslow'schen Kreise, mit einem papillärnarbigen Trachom und Pannus crassus der Hornhaut beider Augen. V. o. d. = $^{10}/_{200}$; o. s. = 0. Vom 22. Februar 1896 bis zum 14. März 1896 machte ich ihm Einreibungen in die Schleimhaut der Lider von 5% Hg-Sozojodolvaselin mit 3—5 minutenlanger Massage. Am Tage seiner Abfahrt konnte ich eine Aufhellung der Hornhaut des rechten Auges constatiren. V. = $^{10}/_{70}$ und im linken eine kaum bemerkbare Besserung, da Patient im Stande war die Differenz zwischen dem Licht, das durch einen Reflector ins Auge geleitet wurde und der Dunkelheit anzuzeigen. V. o. s. = $^{1}/\infty$.

Die Zukunft und reichhaltigere Beobachtungen werden lehren, um wie viel besser die Resultate dieser Heilmethode sind, als die Behandlung mit Quecksilber, welche Lawrentjew[7]), Sassaparill[8]) und andere empfohlen und ich selbst früher angewandt habe, die Behandlung mit concentrirter Milchsäure, wie sie Segall[9]) vorschlägt; oder besser sind als die Cur, welche Prokopenko[10]) anräth, nämlich den trachomatösen Pannus mit einem Cupr. sulfuricum-Stift zu bestreichen, Jequirity (Wecker[11]), Salol (Hirschman[11]), Ol. nuc. junglandis (Jewseenko[11]) und andere Mittel, welche gegen das Trachom empfohlen werden.

Die Behandlung von Wunden der Hornhaut erfolgt der Periode derselben entsprechend.

Anfangs, wenn die Wunde progressirt und die Infiltration in der Umgebung stark ist, die Basis und die Ränder nicht rein sind, habe ich grösstentheils Atropin mit Cocain angewandt und einen Verband angelegt, nachdem ich vorher die Wunde mit einem starken Strahl $^{1}/_{2}$% Sozojodolquecksilbersalzlösung ausgewaschen; aber *in der* Regressivperiode der Wunde, wo eine reizende Behandlung zur Abplattung der Narbe angezeigt ist, und damit die Narbe möglichst hell werde, wende ich eine Salbe aus 4—6—10% Sozojodolzinksalz mit Vaselin an und massire 2—4 minutenlang. Eine solche Heilmethode beugte in der acuten Periode einer Anwendung von Thermocauterisation oder dem Saemisch'schen Schnitte vor, da wir durch Waschung mit einem starken Strahle einer antiseptischen Lösung den grösseren Theil der Infectionsträger aus dem Conjunctivalsacke entfernen und ihnen nicht die Möglichkeit einer mehr oder weniger anhaltenden Berührung mit dem entblössten Gewebe der Hornhaut (Abadie) geben, und folglich sie nicht die Wunde in Tiefe und Breite vergrössern lassen. Allerdings kommt uns in denjenigen ungünstigen Fällen, wo die Wunde stark serpiginirt, oder wo sie durchbrechen kann, der Thermocauter und Sämisch'sche Schnitt zu Hilfe; in der regressiven Periode ergiebt sich eine kleinere und zartere Narbe.

Die Hornhautflecken werden von mir folgenderweise behandelt: in den Conjunctivalsack thue ich eine Salbe aus Sozojodolzink und -quecksilbersalz 1—5% in Vaselin und massire hernach, nach Möglichkeit bestrebt den Fleck selbst zu massiren (Rathschlag des Dr. Falta[12]). Ich habe die Beobachtung gemacht, dass nicht sehr alte Flecken sich schneller vertheilen, als bei anderen Heilmethoden.

Die Behandlung der Dacryocystoblennorrhoe wird so vorgenommen, dass nach Schnitt und Sondirung der Sack mittelst 1—2% Zn-Sozojodollösung ausgespült wird. — Schnelle Heilung.

Ich möchte noch einige Worte über Subconjunctivaleinspritzungen von Sozojodolpräparaten sagen.

Bis jetzt ist die Frage über Subconjunctivaleinspritzungen eine offene und viele Oculisten sind nicht im Stande zu entscheiden, ob sie überhaupt nützlich sind und aus welchem Grunde sie Nutzen schaffen.

Darier[13]), der die Subconjunctivaleinspritzungen von Sublimat eingeführt hat, ist nicht mit Mellinger und Guttmann, Bach[14]) und anderen einverstanden, welche behaupten, dass diese Einspritzungen wirkungslos sind und nur Reizerscheinungen und plastische Entzündungen der Conjunctiva und der Sclera erzeugen, durch Gebrauch einer Lösung von Cyanquecksilber (statt der Sublimatlösung) mit einer Cocainlösung hat er auffallende Besserung von Wunden, Hypopionkeratitis und anderer Krankheiten ohne Reizerscheinungen erzielt.

Fuchs[15]) sagt z. B. «... diese Einspritzungen wendet man nicht nur bei eitrigen Wunden der Hornhaut an, sondern auch bei parenchymatösen Entzündungen derselben, bei Scleritis, Iritis, Iridocyclitis, bei Entzündung der Gefäss- und Netzhaut. Ferner sind sie angewendet worden bei eitriger Infection von Wunden des Augapfels und zwar sowohl im Falle einer traumatischen Ansteckung als auch wenn diese nach einer Operation eingetreten. Die Subconjunctivaleinspritzungen haben in einigen Fällen unzweifelhaft eine gute Wirkung, doch im Allgemeinen darf man einen Erfolg von ihnen nicht erwarten».

Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit 4 Einspritzungen von Sulbimatlösung 1:4000 zu machen und in diesem Jahre 6: 2 bei Wunden der Hornhaut, 3 bei Iritis serosa, 1 bei eitriger Panophthalmitis. In allen diesen Fällen habe ich keine besondere Besserung erzielt; in Fällen von Iritis waren so heftige ausstrahlende Schmerzen die Folge, solche Reizerscheinungen im Auge (Chemosis conjunctivae, Geschwulst der Lider u. s. w.), dass ich zur Verminderung der Schmerzen meine Zuflucht zu Morphium nehmen und weitere Einspritzungen von Sublimatlösung aufgeben musste.

Mehr erfreuliche Resultate habe ich bei Einspritzungen von Sozojodolquecksilberlösung 1:2000 erzielt.

Die erste Injection nahm ich bei einem Bauern, M. J. aus dem Dorfe Dobroje im Lebedjanischen Kreise, vor, der an Iritis et Keratitis parenchymatos. chron. litt. V. o. d. s. = $^{20}/_{100}$. Am 7. October 1895 injicirte ich unter Cocainisirung mittelst einer 5%-Lösung, unter die Conjunctiva des linken Auges in der Nähe des Limbus $^{1}/_{2}$ Pravaz'sche Spritze Hg-Sozojodollösung 1:2000. Nach $1^{1}/_{2}$ Stunden klagte Patient über Schmerzen im linken Auge. Ich nahm den Verband ab und konnte eine starke Injection der Gefässe der Conjunctiva constatiren, an der Stelle des Stichs hatte die Injection das Aussehen eines Blutergusses; geringe Pericornealinjection. Ich träufelte Cocain 5% ein. Die Schmerzen dauerten die ganze Nacht an, doch waren sie «erträglich», wie der Kranke aussagte.

Am anderen Tage machte ich eine Einspritzung im rechten Auge, aber jetzt nur 2 Theilstriche. Die Schmerzen waren unbedeutend. Im ganzen haben ich im Laufe v. $3^{1}/_{2}$ Wochen 6 solche Einspritzungen unter die Conjuctiva vorgenommen. Allerdings blieben Reizerscheinungen nicht aus, doch traten sie in viel geringerem Grade auf als infolge von Sublimatlösung Als der Kranke entlassen wurde, konnte er besser sehen; V. beider Augen = $^{20}/_{40}$. Dieselben Einspritzungen habe ich in drei Fällen von Hypopion-Keratitis gemacht; in zwei Fällen habe ich eine erstaunliche Besserung erzielt, doch in einem haben mich Reizerscheinungen genöthigt die Einspritzungen einzustellen, die vordere Kammer aufzuschneiden und mit 0,5% Hg-Sozojodolicum auszuspülen.

In zwei Fällen von Conjunctivitis crouposa (diphtheritica) habe ich ebenfalls gute Resultate durch Einspritzung und gleichzeitige Irrigation mit Hg-Sozojodolicum erzielt.

Es handelte sich um einen Knaben von 11 und ein Mädchen von 8 Jahren*), die man (den Knaben am 8. Februar, das Mädchen am 9. Februar) mit einer sehr bedeutenden entzündlichen Geschwulst der Lider beider Augen zu mir gebracht hatte. Beim Umschlagen der Lider (was sehr schwierig war) gräuliche Häutchen auf der Conjunctiva des Bulbus und der Lider; nach Entfernung derselben — Blutung, eine grau-gelbliche Absonderung. Excoriationen um die Augen, krank 3 Tage. Die höchste T. beim Knaben 38,6°, beim Mädchen 38,9°. Beiden injicirte ich unter die Conjunctiva der Augen ½ Pravazspritze 1:1000 Hg-Sozojodolicum und verordnete beständige Irrigationen mit einer Lösung desselben Salzes 1:500, in Zwischenräumen Umschläge Patienten besserten sich und am 14. Februar waren sie genesen; Complicationen seitens der Hornhaut waren nur beim Mädchen eingetreten: bei ihr hatte sich ein Geschwür auf dem linken Auge gebildet, das eine unbedeutende Trübung zurückgelassen hat. Ich übernehme es nicht zu entscheiden, wie in dieser Beziehung die Subconjunctivaleinspritzungen wirken, ich möchte fast glauben, dass ausser Reizerscheinungen und einer Verstärkung der Lymphcirculation in den Häuten des Augapfels (Radswicky[16]), in diesem Falle wahrscheinlich auch die Vertheilung der antiseptischen Flüssigkeit in den Kanälchen der Häute des Augapfels eine Rolle spielt, welche bacterienvernichtend wirkt.

Indem ich über meine Beobachtungen der Wirkung der Sozojodolpräparaten auf einige Augenkrankheiten berichte, bin ich weit entfernt zu glauben, dass sie das beste und sicherste Mittel sind, oder dafür einzutreten, dass das Erprobte gegen Ungewisses vertauscht werde; ich wollte nur in meinen Collegen den Wunsch erregen meine Experimente zu prüfen, und sie zu weiteren Mittheilungen bezüglich dieser Frage anzuregen.

Litteratur:

1. B. Bjelilowsky. Kurzer Bericht u. s. w. St-Petersburg. Med. Wochensch. Nr. 23. 1896.
2. Dr. Fr. Penzoldt. Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. (Russisch) St. Petersburg. 1894.
3. Teichmann. Sozojodolum bei Erkrankungen des Ohrs und oberen Athmungsorgane. Nach Refer. des Milit. Med. Journ. VIII. 1894.
4. Chodin. Practische Augenheilkunde. Kiew. 1887.
5. G. A. Berry. Krankheiten des Auges. Practisches Handbuch der Augenheilkunde.
6. l. c.
7. Lawrentjew. Behandlung des Trachom mittelst Ausschaben der trachomatösen Follikel. Mil. Med. Journ. 1894. VIII.
8. S. Sassaparill. Behandlung des Trachom mittelst Sublimat. Mil. Med. Journal 1891. III.
9. L. Segall. Ueber Behandlung des Trachom mit concentrirter Milchsäurelösung. Westnik Ophtalmol. I. 1896.
10. P. Procopenko. Zur Frage der Behandlung des Trachomatösen Pannus. Westnik Ophtalmologii. 1896. II.
11. Wecker, Hirschmann, Sewscjenko. Ueber Procopenko's Artikel. Westn Opht. 1896. II.
12. Dr. Falta. Referat des Journ. «Wratsch» Nr. 15, 1896. S. 434.
13. Darier. Subconjunctivale Sublimateinspritzungen. Refer. West. Opht. 96. I.

*) Im Hause des Vaters lebte eine Famile N-ko (5 Personen), welche an der Diphtheritis in sehr schwerer Form erkrankten. Allen hatte ich Serum eingespritzt. Genesung. Bei diesen zwei Kindern diagnosticirte ich Conjunctivitis cruposa, weil andere Erscheinungen der Diphtheritis (in Augen, Nase) nicht vorhanden waren; über Serum verfügte ich im Augenblick nicht, weshalb eine Einspritzung unterblieb.

14. Bach. Experimentale Untersuchung des staphylokk. Wunde der Hornhaut und ihre Behandlung. Refer. West. Opht 1896. I.
15. E. Fuchs. Handbuch der Augenheilkunde. (Russisch) St. Petersburg. 1896. S. 152.
16. P. Radswicky. Die Subconjunctivalen Sublimateinspritzungen. Dissert. Moskau. 1896.

Die gegenwärtige sociale Lage der Aerzte in Russland.

Wenn man die häufigen Zeitungsartikel in der allgemeinen russischen Presse liest, welche ärztliche Standesfragen behandeln und zwar in einer dem Arzte sehr wenig wohlwollenden Form, so kann man sich dem Eindrucke nicht verschliessen, dass die Stellung des Arztes in Russland eine keineswegs beneidenswerthe ist und nicht mehr derjenigen gleicht, die er vor 20—30 Jahren einnahm. Es ist das um so auffallender, als ja auch der russische Arzt nicht hinter den Fortschritten der modernen Medicin zurückgeblieben ist und das allgemeine und specielle Bildungsniveau des Arztes auch hier mit der Cultur Schritt gehalten hat. Wir sehen allenthalben unter den Aerzten eine grosse geistige Regsamkeit, die den Arzt vor einer so allgemeinen, übelwollenden Kritik schützen sollte. Die Erklärung für das Sinken der socialen Stellung des Arztes ist nicht so leicht zu finden und sollen vorstehende Zeilen nur ein Hinweis auf etliche Punkte sein, die bei der Beurtheilung dieser Thatsache in Betracht zu ziehen sind.

Die Ursachen sind wohl einmal im Publicum zu suchen, dann aber auch und vielleicht noch mehr, in dem Aerztestande selbst.

Was die erste Kategorie der Ursachen betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass der grössere Theil der Bevölkerung noch viel zu unentwickelt ist, um ein richtiges Verständniss für eine auf Kenntniss des Naturlebens und des menschlichen Organismus begründete Heilmethode zu haben. Der weitaus grösste Theil der Bevölkerung, selbst bis in die höchsten gesellschaftlichen Schichten hinauf, ist viel zugänglicher für ein mystisches Herumexperimentiren, wenn es nur mit dem nöthigen Applomb vorgetragen wird. So kann es denn auch passiren, dass ein mit Newa-Wasser curirender Oberst a. D., ein mit diversen Kräutern handelnder Bauer etc. etc. von Kranken überlaufen wird. Scheinbare, durch Suggestion bedingte Erfolge werden durch die Fama und leider auch durch die Presse breitgetreten und schaffen dem Wunderdoctor einen täglich wachsenden Ruf, während seine Misserfolge, der Schaden, den er angerichtet hat und seine Betrügereien verschwiegen werden. Die Geschädigten schämen sich einfach, von einem Schwindler dupirt worden zu sein und verzichten auf ihr gutes Recht der Klage, dem Arzte aber, der solches aufdecken wollte, würde seine Anzeige als Act blassen Neides ausgelegt werden. — Im Gegensatze dazu ist die sensationsbedürftige Presse allzu leicht dazu geneigt, einen etwaigen Fehler, einen Irrthum, eine Fehl-Diagnose eines Arztes aufzubauschen, als Beweis für das mangelhafte Können der Schul-Medicin hinzustellen und der Geschädigte findet ohne Schwierigkeiten Gehör bei den Gerichten, womit jedoch nicht gesagt sein soll, dass jedes Mal eine Verurtheilung des Arztes stattfindet. Die ganze Gerichtsverhandlung dient aber schon dazu das Prestige des Arztes zu schädigen.

Zu dieser relativ geschützten Stellung des Wunderdoctors kommt noch der Umstand, dass diese Leute meist eine viel nähere Fühlung mit dem einfachen Volke haben, aus dem sie in der Regel selbst hervorgegangen sind und dessen Sitten und Gewohnheiten sie besser kennen, als der den höheren Ständen entstammende, wissenschaftlich gebildete Arzt, der oft noch dem einfachen Volke fremden Idealen huldigt, wenigstens in der ersten Zeit seiner Praxis, bis der Kampf um's Dasein diesen ein gründliches Ende bereitet.

Wenn oben gesagt ist, dass beim grossen Publicum eine Hinneigung zu medicinischem Mysticismus besteht, so lässt sich bei ihm in gleicher Weise eine mystische Anschauung von der Krankheit überhaupt constatiren. Die allgemeine Anschauung ist die, dass Krankheit ein Unglück ist, an der der Kranke ganz unschuldig ist, oder das er höchstens als Strafe für seine Sünden zu tragen hat; das Wesen der Krankheit selbst aber wird in der Regel als ein ganz unbestimmter, mystischer Factor angesehen, als schlechte Säfte, böser Geist u. dgl. Die Anschauung, dass Krankheit eine Störung der normalen Körperfunctionen ist, bedingt durch unzweckmässige Lebensweise, Verstösse gegen die Hygiene, durch Unachtsamkeit, mit einem Wort durch eigene Schuld, findet sich wohl nur bei einer verschwindenden Minderheit. Die Folge eines solchen unentwickelten Standpunktes ist denn auch, dass vom

A zt verlangt wird er soll Tröster und Retter in der Noth ein gewisser Antidämon sein, vor dem man auch sein belastetes Gewissen erleichtern kann, nicht aber Berather und Sachverständiger, dessen Rathschläge von Gesunden wie Kranken zu befolgen sind und der nur Nutzen schaffen kann, wenn der Kranke selbst und seine Umgebung mitthut. Als Folge eines solchen Standpunktes dem Arzte gegenüber sieht man die alltägliche Erscheinung, dass nach einem Todesfall der Hausarzt gewechselt wird.

Eine weitere Erscheinung ist die, dass sich mehr und mehr die Forderung geltend macht, dass der Kranke, der ja an seinem Unglück nicht schuld ist, nicht gehalten sein soll, materielle Opfer für seine Wiederherstellung zu tragen, d. h. dass Staat und Gemeinde für kostenlose ärztliche Behandlung sorge. Diese Forderung findet ihre Berücksichtigung, indem von den Communalverwaltungen Aerzte angestellt werden, welche gehalten sind, ohne Rücksicht auf Standes- und Vermögensverhältnisse sich dem Publicum zur Verfügung zu stellen; in gleicher Weise wird den Kranken aus den Communalapotheken die von diesen Aerzten verschriebene Arznei kostenlos verabfolgt. Die Ueberproduction an Aerzten macht es den Communalverwaltungen leicht, solche für eine geringe Gage zu haben. Dass diese Aerzte dann ein Spielball in den Händen der massgebenden Communalbeamten sind, ist weiter nicht wunderbar und wird durch viele Beispiele bewiesen. Umsonst kämpft die medicinische Presse Russlands gegen solche Vergewaltigungen von Communalärzten einen mannhaften, wenn auch aussichtslosen Kampf: der Communalarzt ist eben nur ein gemietheter Tagelöhner, der zu jeder Zeit entlassen werden kann. Es ist ein trauriges Bild, das uns diese Communalärzte häufig bieten. Relativ spärlich gesäet, hat jeder einen mitunter kolossalen Bezirk, in dem er kostenlos seine Thätigkeit auszuüben hat; in Folge dessen ist er nicht nur bei sich zu Hause von Kranken und solchen, die es zu sein glauben, überlaufen, sondern hat auch weite Fahrten zu machen: die Zahl der täglichen ambulanten Kranken geht öfters in die Hunderte. Nicht selten hat er gleichzeitig ein grösseres oder kleineres Hospital zu verwalten und Krankenbesuche in den Häusern zu machen; die Sonn- und Feiertage des übrigen Publicums bedeuten für ihn einen bedeutenden Arbeitszuwachs. Bei dieser rein curativen Thätigkeit verlangt man von ihm noch die Ausübung der Functionen eines Gesundheitsbeamten, wie Besichtigung von Schulen und industriellen Etablissements, Untersuchung von Nahrungsmitteln, gerichtsärztliche Untersuchungen etc. etc. und bei alle dem läuft er Gefahr durch irgend ein Versehen oder eine unpolitische Handlung bei den höheren Communalbeamten Anstoss zu erregen und seinen Dienst zu verlieren. Beim Publicum findet der Communalarzt nur selten Anerkennung, oft dagegen strikte Anfeindung, wenn er sich gegen eine Exploitation auflehnt, oder in Folge des Uebermasses an zugemutheter Arbeit, sich eine Unterlassung oder einen handgreiflicheren Fehler hat zu Schulden kommen lassen. Diese Märtyrer unseres Standes verdienen unzweifelhaft unsere grösste Hochachtung, werden aber leider so oft von den Aristocraten der Medicin über die Schulter angesehen.

Die Forderung einer kostenlosen ärztlichen Behandlung wird nun auch vom Publicum und zwar durchaus nicht nur von den ärmeren Klassen, auf die freipracticirenden Aerzte ausgedehnt, obgleich diese ja durchaus nicht durch ein diesbezügliches Engagement dazu verpflichtet sind. Man kann oft genug finden, dass Leute, die für die Herrichtung ihres Pelzes, oder ihrer Equipage 40—50 Rbl., ohne ein Wort des Bedauerns zu verlieren, ausgeben, es abominabel finden, für die Herstellung ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit weit geringere Opfer zu bringen. Mir ist ein Fall bekannt wo ein Besucher einer billigen Poliklinik, sich an den Arzt mit der Frage wandte, ob es ihm gestattet sei. Austern und Champagner zu geniessen. Eine solche gewissenlose Exploitation der Aerzte wird dadurch begünstigt, dass der Arbeitslohn des Arztes durch keine gesetzlichen Bestimmungen regulirt ist, dieser daher kein Recht auf gerichtliche Belangung der Personen hat, die ihm die Zahlung für geleistete Arbeit vorenthalten. Das einzige darauf bezügliche Gesetz besteht noch von den Zeiten Peters des Grossen her und fixirt die Zahlung für einen ärztlichen Rath auf 33 Kopeken, einen so geringen Satz, dass wohl jeder Arzt darauf verzichtet, seine Arbeit so niedrig bemessen zu sehen und sie lieber im betreffenden Falle der kostenlos geleisteten Armenpraxis zurechnet, zumal das Bestehen auf einer Honorirung den Vorwurf der Habgier und Inhumanität nach sich ziehen würde.

Indem nun das Gros des Publicums an die Thätigkeit des Arztes das Postulat höchster Selbstlosigkeit und Aufopferungsfähigkeit stellt, will es gar nicht einsehen, dass der Arzt doch in erster Linie ein Mensch ist, der auch ermüdet und seine Erholung haben will und der durch seinen Bildungsstand andere Anforderungen an's Leben stellt als z. B. der Bauer und Handwerker, — Anforderungen, deren Nichtbefriedigung seine Existenz unleidlich zu machen im Stande ist. — An den Arzt werden Anforderungen gestellt, wie kaum an den Geistlichen, vom Advocaten, Architecten etc. ganz zu schweigen: die Wiederherstellung der oft leichtsinnig vergeudeten Gesundheit soll kostenlos erfolgen, während es Niemandem in den Sinn kommen würde zu verlangen, dass ein vom Blitz niedergebranntes Haus kostenlos aufgebaut werde, oder dass alle Taufen und Beerdigungen auf Communalkosten stattfänden.

Gehen wir nun auf die Ursachen des Niederganges der socialen Stellung des Arztes über, die in dem Aerztestande selbst begründet sind, so haben wir hier alle die Factoren, über die in allen Culturstaaten geklagt wird, zu denen dann noch einige specielle Momente dazukommen.

Noch vor 20—30 Jahren galt das Studium der Medicin als ein «Brodstudium», das seinen Mann ausreichend ernähre; man verglich die Bevölkerungszahl mit der Zahl der Aerzte und fand, dass deren zu wenige seien. Die Folge davon war, dass an allen Universitäten die Zahl der Medicin-Studirenden rapide stieg, wie die medicinischen Facultäten ja auch jetzt noch die bei weitem besuchtesten sind; dadurch wurde die Zahl der Aerzte von Jahr zu Jahr stark vergrössert und die Concurrenz verschärft.

Was die Verhältnisszahl der Bevölkerung betrifft, so mögen hier einige Daten aus einer Arbeit Grebentschikow's für das Jahr 1890 angeführt werden, welche auf officiellen Erhebungen beruhen (Sprawotschnaja knischka dlja wratschei T. I, 1890, Ausgabe des Medicinal-Departements). Danach gab es im genannten Jahre in Russland bei einer Bevölkerungsziffer von 112.342.758 nur 12531 Aerzte, im Durchschnitt kamen also auf 100.000 Bewohner 11.1 Aerzte, oder 1 Arzt auf 9000 Einwohner. Danach nimmt Russland die letzte Stelle unter den Culturstaaten ein. Was das Verhältniss in den verschiedenen Gouvernements betrifft, so finden sich da Schwankungen von 3 bis 25 auf 100.000 Einwohner; am günstigsten gestaltet sich das Verhältniss in den baltischen Ostseeprovinzen und dem Weichselgebiet. Charakteristisch ist es, dass auf die Städte St. Petersburg, Moskau, Warschau, Riga, Dorpat, Odessa, Kasan, Charkow und Kiew, fast ¼ aller Civilärzte entfallen (2927), wodurch die Zahl der Aerzte im übrigen Reich also noch weiter reducirt wird. So gab es in St. Petersburg (sehr unvollständige Daten) allein 1095 Civilärzte, in Moskau 875, in Odessa 341 etc. etc., wozu noch eine bedeutende Anzahl von Militär-Aerzten hinzugerechnet werden muss, die sich gleichfalls mit Privatpraxis beschäftigen; in allen diesen Städten kommt also mehr als 1 Arzt auf 1000 Einwohner.

Was das Einkommen der Aerzte betrifft, so sei hier nur angeführt, dass an Gehalt vom Staat und den Communal-Verwaltungen in Summa ca. 10 Mill. Rbl. verausgabt werden, oder im Mittel 800 Rbl. pro angestellten Arzt. Die Daten über das Privat-Einkommen der Aerzte sind zu unvollständig, als dass man aus ihnen irgend welche Schlüsse ziehen könnte. So sehen wir denn, dass die Aerzte sich hauptsächlich in den grösseren Städten concentriren, in den kleineren Städten und auf dem flachen Lande dagegen sehr dünn gesäet sind. Daraus den Schluss zu ziehen, dass hier für freipracticirende Aerzte noch günstige Existenzbedingungen vorliegen, wäre aber durchaus verfehlt.

Ein grosser Theil der Landbevölkerung und auch viele unter den Städtern wenden sich noch immer principiell an keinen Arzt, sondern an Quacksalber, Hocuspokusmacher etc., im besten Falle an Feldscher. Ferner ist die Landbevölkerung im weiten Reiche so dünn gesäet, dass vielen die grossen Entfernungen es unmöglich machen, sich an den Arzt zu wenden. Endlich ist aber auch die volkswirthschaftliche Lage eines grossen Theiles der Bevölkerung eine so klägliche, dass sie ihnen nicht erlaubt, einen Arzt zu unterhalten.

Zur Charakterisirung der Lage, möchte ich folgendes anführen. Ich habe 4 Jahre als Hüttenarzt in einem der grössten Centren der Eisenindustrie im Ural verbracht. Das Dorf, in dem ich lebte zählte ca. 35000 Einwohner, mit der dahin gravitirenden Umgegend ca. 70000; ausser mir lebte am Ort noch ein Communalarzt. Ich hatte ein Hospital von 30 Betten, mein College eins von 50 Betten, jeder von uns hatte eine Jahres-Ambulanz von 12—15 Tausend neuen Patienten, an Feiertagen stieg die tägliche Patientenzahl auf über 200. Der nächste Communalarzt hatte ein Revier von ca. 30000 Einwohnern. Weder hier noch dort konnte ein Privatarzt existiren, denn unsere Nebeneinnahmen überstiegen kaum 200—300 Rbl. im Jahr. Auch im übrigen Reiche sind derartige Reviere keine Seltenheit, wo ausser dem mit einem Fixum angestellten Communalarzte, kein Privatarzt auch bei den bescheidensten Ansprüchen an's Leben existiren kann.

Eine derartige Ueberfluthung der Städte mit Aerzten muss schon an und für sich den Arbeits-Lohn des Arztes herabsetzen. Sie verschärft aber auch den Kampf um's Dasein zwischen den Aerzten und treibt unerfreuliche Früchte. Die frühere Collegialität hat bedeutend abgenommen und mehr und mehr stösst man auf unredliche Concurrenzkniffe und gewissenlose Reclame. So ist es keine Seltenheit, hier Jahre hindurch im Anzeigentheile der allgemeinen Zeitungen die Namen ein und derselben Aerzte täglich anzutreffen; andere annonciren ihr, oft nur auf dem Papier existirendes, Privat-

hospital. Ein vielfach beliebtes Mittel ist die Eröffnung von billigen Privat-Polikliniken, an denen möglichst alle Specialitäten vertreten sind und deren Existenz gleichfalls durch regelmässig wiederkehrende Bekanntmachungen, mit Angabe der Sprechstunden der daran betheiligten Aerzte, dem Publicum in Erinnerung gebracht wird. Dass auch offene und geheime Verdächtigungen, Herabsetzung des Collegen und Zank und Hader am Krankenbette in's Feld geführt werden, dafür sprechen die Mittheilungen auf den letzten Seiten der verbreitetsten medicinischen Zeitung «Wratsch».

Dass derartige Zustände den Aerztestand in den Augen des russischen Publicums nicht zu heben im Stande sind, ist wohl leicht begreiflich, und die Gerechtigkeit verlangt, einzugestehen, dass am Niedergange der socialen Stellung des Arztes in Russland die Aerzte selbst die grössere Schuld tragen.

Wenn wir nun in allen Culturstaaten auf eine Ueberproduction an Aerzten stossen, die zu einem mehr oder minder starken und gehässigen Concurrenzkampf führt, so finden wir hier, wie gesagt, doch noch einige specielle Factoren.

Bekanntlich ist die Bevölkerung Russlands ein Conglomerat der verschiedensten Völkerschaften, in dem die Russen nur ca. 50—60% bilden; alle diese verschiedenen Völkerschaften besitzen ein mehr oder weniger starkes Nationalbewusstsein, welches sich auch unter den Aerzten geltend macht. Nach Grebentschikow gab es 1890 unter den Aerzten 63,82% Russen, 12,28% Polen, 7,19% Deutsche, 5,78% Juden, 3,49% Litthauer etc. etc. Besonders angefeindet werden die jüdischen Aerzte. Die Ausnahmestellung, die die Juden in Russland einnehmen, welche den intelligenteren Classen derselben viele Berufsarten verschliesst, hat zur Folge, dass diejenigen, welche die Universität beziehen, zum weitaus grössten Theile Medicin oder Pharmacie studiren. Da nun die jüdischen Aerzte mehr und mehr von Staats- und Communalstellen ausgeschlossen werden, so sind sie auf die Privatpraxis angewiesen, bilden daher ein grosses Contingent der freipracticirenden Aerzte und sind wie überall, ein nicht gern gesehener Concurrenzfactor. Sie aber, wie es viel geschieht, für den Niedergang des Aerztestandes besonders verantwortlich zu machen, ist entschieden ungerecht. Die jüdischen Aerzte thuen nicht mehr und nicht weniger als die anderen, aber der Antisemitismus denkt «quod licet Jovi, non licet bovi» und hat die Neigung für die Handlungen einzelner Individuen die Gesammtheit verantwortlich zu machen.

(Schluss folgt).

Referate.

Kr. Poulsen Kopenhagen: Ueber cerebrale Erkrankungen nach Otitis media. (Archiv f. klin. Chirurgie. Band 52. Heft 2.

Verf. bespricht an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten, die nach Otitis media chronica auftretenden cerebralen Erscheinungen, wie Hirnabscess, Sinusthrombose mit epiduralem Abscess und Meningitis — und zeigt, wie schwierig es in vielen Fällen ist die Differentialdiagnose zu stellen.

Verf. behandelt in der I. Gruppe seiner Krankengeschichten die Hirnabscesse, deren Sitz wohl am häufigsten der Temporallappen ist und zwar findet die Infection des Hirns durch Destruction der Decke des Cavum Tympani oder längs den die Decke durchbohrenden Gefässen statt. In zweiter Linie kommt das Cerebellum in Betracht, Infection durch die Cellulae mastoideae, Aquaeductus cochleae oder n. acusticus. Für die Hirnabscesse bringt Verf. uns die einst von v. Bergmann aufgestellten Symptomengruppen ins Gedächtniss. 1) Symptome, die durch die Suppuration selbst verursacht 2) die durch intracraniellen Druck hervorgerufen sind. 3) Die Focalsymptome. Verf. zeigt mit Hülfe seiner Krankengeschichten, dass das Fieber nicht erhöht zu sein braucht oder andererseits auch vom Eiter im Mittelohr selbst herrühren kann. Mehr Gewicht legt er auf die Drucksymptome: Kopfschmerzen, Schwindel' Erbrechen, Schläfrigkeit und langsamen Puls, namentlich letzteres will Verf. besonders beachtet wissen. Ferner ist das Wechseln der Symptome beim Kranken (Sensorium bald klar, bald getrübt) und schliesslich die langsame Entwickelung des ganzen Krankheitsbildes von Wichtigkeit. Bei den Focalsymptomen kommt es nun auf den Sitz des Abscesses, ob Temporallappen oder Cerebellum an. — Temporallappen links erkrankt: häufig, nicht immer sensorische Aphasie; werthvoll für die Diagnose ist ferner die Parese der dem Abscess entgegengesetzten Körperhälfte. — Für einen Abscess im Cerebellum spricht manchmal der taumelnde Gang der Patienten. Der Stauungspapille spricht Verf. eine grössere Häufigkeit beim soliden Tumor zu. — Verf. ist durchaus für die Operation: Abmeisselung des proc. mast in jedem Fall — falls Trepanation, dann an der von v. Bergmann und Barker bezeichneten Stelle, Eröffnung der Dura mit dem Messer, langdauernde Drainage. In die 2. Gruppe seiner Krankengeschichten hat Verf. die Sinusthrombosen mit epiduralem Abscess eingereiht, er erwähnt ausser den gewöhnlichen Begleiterscheinungen, wie Schüttelfröste, Schwindel, Somnolenz, Oedem des Mastoideus, der reg. temporalis, Schwellung der Conjunctiva, Exophthalmus, Druckempfindlichkeit des Foramen mast. und For. condyloideum post, — hohen Puls und hohes Fieber — sicherer wird die Diagnose durch Schwellung der Vena jugularis und pyämische Zustände z. B. Muskelabscess. Verf. ist für den directen Angriff der Sinusthromben, räth zur Vorsicht, der sich lösenden Partikelchen wegen. Der Frage gegenüber, ob die Vena jugularis dabei unterbunden werden soll oder nicht, will Verf. sich abwartend verhalten — sollte doch dazu geschritten werden, so räth er unterhalb des Thrombus zu unterbinden, dort wo die Vena jugul. mit der Vena subclavia zusammenstösst. — Die 3. Gruppe der Krankengeschichten behandelt nach Otitis media eingetretene Meningitis mit Spasmen, Hyperaesthesie — Zähneknirschen — Schielen — Delirien, häufig Opisthotonus, unarticulirte Schreie — schwachen, schnellen Puls — einen Theil dieser angeführten Erscheinungen finde man in jeder Krankengeschichte. Zum Schluss zeigt Verf. durch einige statistische Daten, dass die cerebralen Erscheinungen nach Otitis media chronica sich meistens auf der rechten Seite abspielen, weil nach Körner die Fossa sigmoidea an der rechten Seite mehr nach vorn und aussen in die Pars petrosa und Pars mastoidea geht als auf der linken Seite, die Wand, die den Sinus vom Cavum tympani trennt, ist daher rechts am dünnsten.

Schiemann.

Dr. Victor Bandler (aus der Klinik Wölfler): Ueber den Einfluss der Chloroform- und Aethernarkose auf die Leber. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.

B. studirt die Wirkungen des Chloroforms auf die Leber im Anschluss an einen auf der Klinik in Graz beobachteten Fall. Pat. ging nach 1-stündiger Narcose (Radicaloperation einer Scrotalhernie) unter den Erscheinungen einer acuten gelben Leberathrophie am 4. Tage post operationem zu Grunde. Section wies, wie das Mikroskop, die Degeneration der Leber nach. Nach einem Excurs in die Literatur berichtet B. über eine Reihe interessanter Versuche am Thier, die den schlagenden Beweis lieferten, dass auch am Thier eine acute Leberdegeneration nach Chloroform auftrete, namentlich nach mehrfachen Narcosen. Analoge Versuche mit Aether angestellt ergaben keinerlei Parenchymdegenerationen.

Besonders bedenklich erscheint die Chloroformnarcose bei schon erkrankter Leber: Catharrhalischem Icterus — Säuferleber etc. — Eine Reihe von Abbildungen demonstriren anschaulich die gewaltigen durch das Chloroform gesetzten Veränderungen.

Z.

Vermischtes.

— Wie uns von zuverlässiger Seite mitgetheilt wird, entbehrt das von uns in der vorigen № mitgetheilte Gerücht, wonach Dr. Botkin nach Bombay und als Regierungsdelegirter zur Pestconferenz nach Venedig abcommandirt worden ist, jeder Grundlage.

— S. Majestät der Kaiser geruhte zur Einrichtung eines Convicts bei dem künftigen weiblichen medicinischen Institut 65,000 Rbl. aus der Reichsrentei anweisen zu lassen.

— Am 26. Januar beging der Leiter der biologisch-chemischen Abtheilung des hiesigen Instituts für Experimental-Medicin, Prof. Dr. Marcellus Nencki, das 25-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit.— Aus Russisch-Polen (Kalisch) gebürtig, studirte N. anfangs Philologie in Krakau, dann in Jena und Berlin. Im Jahre 1867 bezog er wiederum die Berliner Universität, um sich dem Studium der Medicin zu widmen, das er mit der Doctorwürde absolvirte. Von 1877—91 hatte er den Lehrstuhl der medicinischen Chemie und Bakteriologie an der Universität Bern inne, von wo er in Anbetracht seiner hervorragenden Arbeiten auf dem Gebiet der physiologische Chenmie und Bakteriologie an das hiesige Institut für Experimental-Medicin berufen wurde.

— Zum Oberarzt des hiesigen städtischen St. Panteleimon-Hospitals für chronische Geisteskranke ist, wie Tagesblätter melden, der ältere Arzt der Kasanschen Irrenanstalt, Dr. Smjelow, von der städtischen Sanitäts- und Hospital-Commission gewählt worden.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit beabsichtigt, in nächster Zeit eine Gedächtnissfeier für ihren hochverdienten ehemaligen Präsidenten Prof. Zdekauer zu veranstalten und eine Sammlung von Beiträgen zu einer Stiftung auf den Namen des Verstorbenen anzuregen.

— Dem Gründer des «Rothen Kreuzes» Henri Dunant, der in seinem Alter in recht traurigen materiellen Verhältnissen lebt, ist von der Russischen Gesellschaft des «Rothen

Kreuzes› eine lebenslängliche Pension im Betrage von 1000 Rbl. ausgesetzt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Tomsk ist an Stelle des verstorbenen Professors Ssudakewitsch der bisherige Prosector Staatsrath Dr. Romanow ernannt worden.

— Dem älteren Schiffsarzt von der Kaiserlichlen Jacht «Poljärnaja Swesda» Collegienrath Dr. Lange ist vom deutschen Kaiser der Kronenorden III. Classe verliehen worden.

— Verstorben: 1) In Kronstadt der ältere Arzt der 17. Flottenequipage, Collegienrath Nikolai Malinowski, Der Verstorbene war seit 20 Jahren Marinearzt, anfangs bei der Schwarzmeerflotte, in den letzten Jahren in der baltischen Flotte. 2) In Wiesbaden der älteste der dort prakticirenden Aerzte, Geh.-Sanitätsrath Dr. Diesterweg, ein Sohn des bekannten Pädagogen, im Alter von 76 Jahren. Beinahe 50 Jahre hat der Hingeschiedene, welcher Ehrenmitglied des örtlichen ärztlichen Vereins war, die ärztliche Praxis ausgeübt, die letzten 31 Jahre in Wiesbaden.

— Der Privatdocent der Anatomie der Universität Zürich, Dr. Wilh. Felix, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— In der letzten Versammlung der Berliner Mitglieder der freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse wurde auf Antrag Ewald's das Geschäftsführeramt für das Jahr 1897 Professor A. Eulenburg, das Schriftführeramt dem Privatdocenten M. Mendelsohn übertragen. Dem Ausschuss gehören noch die Proff. Ewald, Hirschberg und Martin in Berlin, Dr. Adler in Wien und Dr. Honigmann in Wiesbaden an. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Der ausserordentliche Professor Dr. Jul. Pohl in Prag ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der deutschen Universität Prag ernannt worden.

— In Neu-Rappin verstarb am 25. Januar n. St. im Alter von 81 Jahren Dr. philos. Hermann Hager, einer der ersten Autoritäten der deutschen Pharmacie. Die pharmaceutische Wissenschaft verdankt ihm eine grosse Zahl von Lehrbüchern und Abhandlungen auf diesem Gebiet; er gründete auch die «Pharmaceutische Centralhalle», deren Redaction er 20 Jahre hindurch allein führte.

— Dr. Henri Rothschild, ein Neffe des Pariser Bankiers, weilt gegenwärtig in St. Petersburg, um sich mit den Einrichtungen der hiesigen Kinderhospitäler bekannt zu machen. Zu gleichem Zweck hat er auch die Berliner Kinderhospitäler besucht.

— Das Ministerium der Wegecommunicationen beabsichtigt in Sewastopol ein Sanatorium für Lungenkranke *Beamte* der Kronseisenbahnen zu errichten.

— Vom Ministerium des Innern sind die Statuten von zwei neuen Privatkliniken in Riga bestätigt worden: die eine wird von Dr. Max Schönfeldt für Nerven- und Geisteskranke, die zweite von Dr. Reinhold Leeping errichtet.

— Dem hiesigen Comité zur Sammlung von Beiträgen für das Pasteur-Denkmal in Paris sind bis jetzt 5184 Rbl. 98 Cop. zugegangen. Die Sammlung wird bis zum 1. Juli d. J. fortgesetzt werden.

— Die Eröffnung der internationalen Pestconferenz in Venedig ist auf den 4/16. Februar verschoben worden.

— Russland, Oesterreich und Egypten haben bereits eine wissenschaftliche Expedition zum Studium der Beulenpest nach Bombay gesandt. Eine solche Expedition wird auch von der deutschen Regierung entsandt werden und soll die Leitung derselben Prof. Robert Koch, der von Capstadt direct nach Bombay reist, übertragen werden.

Neuesten Nachrichten zufolge ist die Pest bereits in Kandahar, dem wichtigsten Handelsplatze Afghanistans aufgetreten. Es ist daher russischerseits die Eröffnung der Thätigkeit der Amu-Darja-Cordonlinie, welche von 400 Kosaken, den Truppen der Grenzwache und 12 Compagnien bucharischer Truppen gebildet wird, angeordnet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Januar d. J. 7995 (105 mehr als in d. Vorw.), darunter 703 Typhus — (12 wen.), 863 Syphilis — (0 wen.), 157 Scharlach — (11 mehr), 113 Diphtherie — (11 wen.), 54 Masern — (16 mehr) und 28 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. Januar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
358	305	663	151	52	97	21	6	15	64	59	48	54	55	26	12	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 12, Diphtherie 33, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 43, Todtgeborene 33

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 4. Februar 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. Februar 1897.

Verlag von **FERDINAND ENKE** *in Stuttgart.*

Soeben erschien:

Bergmann, Dr. Ad. von, Die Lepra. Mit 1 chromolithographischen Tafel u. 6 schwarzen Tafeln (Lieferung 10b der **Deutschen Chirurgie**, herausgegeben von Prof. Dr. E. von Bergmann und Prof. Dr. P. von Bruns). gr. 8. 1897. geh. Preis M. 6.–

Franqué, Doc. Dr. O. von, **Cervix und unteres Uterinsegment.** Mit 2 Tafeln und 9 Textfiguren. gr. 8. 1897. geh. Preis M. 7.–

Leitenstorfer, Ob.-Stabs-arzt I. Kl. **Dr., Das militärische Training** auf physiologischer und praktischer Grundlage. Ein Leitfaden für Officiere und Militärärzte. Mit 49 Helmspitzenzeichnungen in der Beilage. gr. 8. 1897. geh. Preis M. 4.–

Buchhandlung von **K. L. Ricker**, St. Petersburg, Newsky Prosp. № 14.

Tschudnowsky

Massregeln zum

Schutz gegen die Pest.

Preis 25 Kop., per Post 36 Kop.

Съ 1897 года будетъ выходить въ Москвѣ, подъ редакціей профессора П. И. ДЬЯКОНОВА, ежемѣсячный журналъ, издаваемый Высочайше утвержд. Т-мъ И. Д. СЫТИНА.

„ХИРУРГІЯ"

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

1. **Самостоятельныя статьи по хирургіи и относящимся къ ней отдѣламъ врачебныхъ знаній.**
2. **Обзоры текущихъ работъ по хирургіи.**
3. **Критика вновь выходящихъ хирургическихъ сочиненій.**
4. **Разныя извѣстія.**
5. **Объявленія.**

ЦѢНА СЪ ПЕРЕСЫЛКОЮ И ДОСТАВКОЮ

8 р. въ годъ и 4 р. за полгода.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ:

1) **ВЪ РЕДАКЦІИ** (Москва, Тверская, д. Гиршмана, кв. проф. **П. И. Дьяконова**), 2) въ книжн. магазинахъ **Т-ва И. Д. СЫТИНА, въ Москвѣ:** 1) на Никольской, Славянскаго Базара, 2) у Ильинскихъ вор., д. Титова, 3) на Никольской, д. гр. Орлова-Давыдова. **Въ С.-Петербургѣ,** Большая Садовая, № 25. **Въ Кіевѣ,** Подолъ, Гостиный дворъ. **Въ Варшавѣ,** Бѣлянская ул., № 6, и во всѣхъ лучшихъ книжныхъ магазинахъ Россіи.

Всю переписку, касающуюся дѣлъ собственно редакціи (т. е. присылку статей для помѣщенія въ журналъ, обмѣнныхъ журналовъ, книгъ для рецензій, предложеній объ обмѣнѣ изданіями и. т. д.), просятъ адресовать **на имя редактора (Москва, Тверская, д. Гиршмана, проф. П. И. Дьяконову).** Статьи, гдѣ-либо напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, производить сокращенія и измѣненія въ присылаемыхъ статьяхъ. Авторы статей получаютъ вознагражденіе въ размѣрѣ 25–30 руб. за печатный листъ. Кромѣ того, авторы самостоятельныхъ статей получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ своей статьи. Рисунки изготовляются въ счетъ вознагражденія за статьи. **Для личныхъ переговоровъ редакція открыта въ среду и въ воскресенье отъ 5 до 7 час.**

Переписку по дѣламъ хозяйственнымъ (т. е. высылку подписныхъ денегъ, объявленій для напечатанія въ журналѣ, заявленій о невысланныхъ книгахъ или вознагражденіяхъ за статьи и. т. д.) просятъ адресовать на имя **Т-ва И. Д. Сытина** (Москва, у Ильинскихъ вор., д. Титова).

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ „Хирургіи", — 10 р. за цѣлую страницу и 6 р. за 1/2 страницы и менѣе.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6–8, Q. 12.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17 кварт. 19.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, фонтанк № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Соляного пер и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9. кв. 9.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Marie Mohl. В. О. 1. л. 44, кв. 3

Die Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg Newsky Prosp. № 14 empfiehlt:

Neue Bücher:

Видертъ, Ф., Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ. Съ 60 рис. Переводъ съ нѣмецк. Русское изд. II-е. 1897, Rbl. 4.00.

Блэккъ, Мозговая работа и переутомленіе. Перев. съ англійск. 1897, Rbl. 0.30.

Бурпеевъ, Анатомія человѣка. Изданіе VII-е, Rbl. 1.50.

Жуковскій, В., Склерома новорожденныхъ (затвердѣніе клѣтчатки). 1897, Rbl. 0.60.

Ильинскій, М., Народы земного шара и его раздѣленіе на племена съ обозначеніемъ ихъ черепныхъ указателей. 1897 Rbl. 0.40.

Ферворнъ, М., Общая физіологія (Основы ученія о жизни). Вып I-й. Цѣна за оба выпуска. Rbl 4.00.

Фуксъ, Э., Руководство къ глазнымъ болѣзнямъ. Съ 215 рис. въ текстѣ. 1897, Rbl. 5.00.

Bordier, H., De la sensibilité électrique de la peau. 1897, Rbl. 2.25.

Bourges, l'Hygiène du Syphilitique. 1897, Rbl. 1.80.

Burais, A., Applications de la photographie à la médecine. 1896, Rbl. 1.80.

Geist-Jacobi, Geschichte der Zahnheilkunde. 1896, Rbl. 3.30.

Ewald, Handbuch der allgemeinen und speciellen Arznei-Verordnungslehre. 1. Hälfte. 13. Auflage. 1897. Цѣна за двѣ части Rbl. 11.00.

Gilgen, H., Kochbuch f. Zuckerkranke. 1897. Rbl. 1.95.

Letulle, M., Anatomie pathologique. (Coeur. Vaisseaux. Poumons). Avec 102 figures. 1896, Rbl. 9.90.

Montin, L., Le diagnostic de la suggestibilité. 1896, Rbl. 1.80.

Pagel, J., Medicinische Deontologie. 1897. Rbl. 1.10.

Proust & Mathieu, l'Hygiène de l'Obèse. 1897, Rbl. 1.80.

Tebb and Vollum, Premature burial and how it may be prevented. 1896. Rbl. 3.00.

Vieillard, l'Urine humaine. 1897, Rbl. 2.70.

Дозв. ценз. Спб. 3 Февраля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XIV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, (20.) 8. Februar **1897**

Ueber die Anwendung von Kochsalzlösung bei acuten Blutverlusten.

Von

Dr. H. Thomson.

Zweifellos hat die Zuführung von physiologischer *Kochsalzlösung* in den menschlichen Körper bei grossen Blutverlusten eine günstige Wirkung. Dieses wird jetzt von verschiedenster Seite bestätigt. Daher muss jeder Arzt mit der Art der Anwendung dieses nicht mehr zu entbehrenden Heilmittels vollkommen vertraut sein, da häufig genug sich Gelegenheit bietet, mit demselben schnell und energisch einzugreifen. Die Kochsalzinfusion übertrifft an Wirksamkeit die übrigen bei acuten Anämien zur Anwendung kommenden Mittel — Kampherinjectionen, Wärmezufuhr, Autotransfusion, Tieflagerung des Kopfes — und kommt daher bei grösseren Blutverlusten immer in Frage.

Im Nachfolgenden will ich hauptsächlich über die Art und Weise der Einführung der Kochsalzlösung in den menschlichen Organismus verhandeln, weil hierbei von den verschiedenen Autoren verschiedene Wege bevorzugt werden. So glaube ich, dass die intravenöse Applicationsweise zu sehr vernachlässigt wird und, wie mir scheint, mit Unrecht. Das sehen wir z. B. aus der unlängst erschienenen Arbeit von Cholmogorow[1]), der unter vielen Fällen nur über subcutane resp. rectale Kochsalzinfusionen berichtet. Dieser Umstand veranlasste mich nochmals, wie schon in einer früheren Arbeit[2]), auf die Bedeutung der intravenösen Methode, gestützt auf weitere Erfahrungen, hinzuweisen. Meine Ansicht theilt u. A. auch Leichtenstern[3]), welcher seiner Zeit warm für die intravenöse Kochsalzinfusion bei Verblutungen eingetreten ist. Ebenso befürwortet neuerdings Coen[4]) die intravenöse Applicationsweise der Kochsalzlösung als ungefährlich und wirksam.

[1]) Volkmann. Vort. Nr. 161 — 1896.
[2]) Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 19 — 1891.
[3]) Volkmann. Vort. Nr. 25 — 1891.
[4]) Rivista di Ostetrica e Pediatria Nr. 5 — 1896.

Wie sollen wir nun die Kochsalzlösung in den menschlichen Körper einführen? Dazu haben wir verschiedene Wege 1) den Mastdarm 2) das subcutane Zellgewebe 3) die Blutgefässe und 4) die Bauchhöhle. Dass man den anämischen Kranken, wenn es geht, per os so viel wie möglich Flüssigkeiten zuführen soll, versteht sich von selbst.

Das Eingiessen von Flüssigkeit ins Rectum, wie es von mehreren Autoren (Heer u. A.) empfohlen wurde, nehme ich bei acuten Anämien schon seit Jahren vor. Die Ausführung ist ja einfach; aber nach grossen Blutverlusten besteht häufig eine Paralyse des Sphincters, so dass das Wasser nicht im Rectum zurückgehalten wird und auch durch Compression schwer ein Verschluss zu Stande zu bringen ist. Dazu kommt, dass das Wasser bei sehr drohender Gefahr vom Rectum aus doch meistens zu langsam resorbirt wird, obgleich Witte[5]) kürzlich wiederum auf die schnelle Resorptionsfähigkeit des Mastdarms aufmerksam machte. In Folge dessen wird diese Therapie bei hochgradigen Blutverlusten nicht ausreichen.

Die subcutane Methode ist besonders von Münchmeyer[6]) und zuletzt von Cholmogorow[7]) befürwortet worden. Sicherlich ist dieselbe technisch leicht auszuführen:

Eine sterile Infusionsnadel steht durch einen Schlauch mit einem Glastrichter oder Irrigator in Verbindung und in letzterem befindet sich die auf 40° erwärmte sterile Kochsalzlösung. Bei strömender Flüssigkeit wird die Nadel unter die Haut gestossen und die injicirte Flüssigkeitsmenge durch Massage schneller zur Resorption gebracht. Aber bei sehr hochgradigen Anämien kommen Fälle vor, wie sie auch Münchmeyer und Cholmogorow angeben, in welchen, in Folge der schwachen Herzthätigkeit und der ungenügenden Circulationsverhältnisse, die Flüssigkeit garnicht oder zu langsam aufgesogen wird; und diese ungenügende Resorption wird

[5]) Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 29 — 1896.
[6]) Arch. f. Gynäk. Bd. 34 — 1891.
[7]) l. c.

selbst durch energische Massage nicht befördert. In solchen Fällen sind wir gezwungen zur intravasculären Methode überzugehen.

Bei derselben bevorzugen wir jetzt aus bekannten Gründen die intravenöse Applicationsweise. Auf die Gefahren derselben (bei Bluttransfusion) wiesen die Anhänger der subcutanen Methode hin. Es wurde ihr auch vorgeworfen, dass sie sehr complicirt und bei ausgebluteten Personen es manchesmal nicht möglich sei, eine Vene aufzufinden. Bis jetzt hat aber thatsächlich Niemand nachgewiesen, dass die intravenöse Kochsalzinfusion wirklich gefährlich ist und ich habe nirgends in der Litteratur über einen Unglücksfall berichtet gefunden, wie auch weder Leichtenstern noch ich selbst eine derartige Beobachtung gemacht habe. Natürlich muss man auch diese kleine Operation streng nach bekannten chirurgischen Grundsätzen ausführen: Vermeidung von Infection und von Lufteintritt in die Venen. — Die Infusion wird gewöhnlich in die V. mediana basilica s. cephalica, rechts oder links, gemacht, je nachdem, wo die Vene deutlicher zu Tage tritt. Wenn man centralwärts von der an der Vene zu incidirenden Stelle eine leichte Compression ausübt, so werden die Gefässe besser sichtbar. Die Vene wird in der Ausdehnung von einigen ctm. freigelegt, 2 Fäden unter das Gefäss durchgeführt, der peripherwärts gelegene sofort geknüpft, von demselben centralwärts die Vene angeschnitten, eine metallene oder gläserne Canüle von entsprechender Dicke in das Gefäss geführt und mit dem centralwärts gelegenen Faden fixirt. Die Canüle steht vermittelst eines Gummischlauches in Verbindung mit einem Irrigator oder einem Trichter, in welchem sich die Infusionsflüssigkeit befindet, und welche je nach der Ausflussmenge höher oder niedriger gehalten werden, und zwar so, dass 1—2 Ltr. der Flüssigkeit in 10 Minuten und länger infundirt werden. Zu beachten ist, dass beim Einführen der Canüle alle Luft aus dem Apparat durch die Flüssigkeit vertrieben ist. Die intravenöse Kochsalzinfusion ist bei Vorhandensein einer gewissen technischen Fertigkeit auch unter den schwierigsten und ärmlichsten Verhältnissen, auch ohne sachverständige Assistenz, in kürzester Zeit zu bewerkstelligen, wie ich es mehrfach selbst erfahren habe. Eine Narcose ist dabei nicht nöthig, weil die Kranken sich in einem solchen apathischen Zustande befinden, dass sie auf diesen kleinen Eingriff garnicht wesentlich reagiren. Die wenigen Instrumente, die man zur intravenösen Kochsalzinfusion nöthig hat, lassen sich leicht auch in der Privatpraxis in dem geburtshilflichen oder chirurgischen Besteck, mit sich führen. Ist eine sterilisirte Kochsalzlösung nicht zu erreichen, so habe ich mich nicht gescheut, ohne Nachtheil für den Patienten, gut ausgekochtes und durch sterile Marly oder Watte filtrirtes Wasser, zu welchem ich ein Pulver reinen Kochsalzes schüttete, zu gebrauchen. Jedoch muss man auch unter solchen Umständen die Asepsis vollkommen beherrschen.

Zweifellos tritt eine Wirkung bei intravenöser Kochsalzwasserzufuhr fast sofort ein, wenn der Organismus überhaupt noch wiederzubeleben ist, bei subcutaner dagegen immer erst nach kürzerer oder längerer Zeit, in 10—15 Minuten und später.

Nach Münchmeyer und Cholmogorow wird gewöhnlich nicht über 1 Liter Flüssigkeit eingeführt. Nach unseren Erfahrungen hatten wir meistentheils mehr nöthig, bis zu 2 Liter. Die subcutane Application eines solchen Flüssigkeitquantums dürfte doch dem Pat. sehr unbequem sein.

Was den der intravenösen Infusion gemachten Vorwurf betrifft, dass es in einzelnen Fällen unmöglich wäre, eine Vene aufzufinden, wie dieses mehreren Autoren (Jäger, Rotgers) begegnet ist, so ist auch mir ein Fall in Erinnerung, wo es an der recht corpulenten und ganz ausgebluteten Pat. nicht gelang, eine Vene von genügender Weite bloszulegen. Jedenfalls sind aber das seltene Ausnahmsfälle und meistens wird man immer entweder an der oberen oder unteren Extremität (Vv. medianae cephalica s. basilica s. saphena) ein Gefäss ausfindig machen können.

Daher glaube ich die intravenöse Methode, die technisch nicht um Wesentliches complicirter ist als die Ausübung der subcutanen, angelegentlichst empfehlen zu dürfen. In desolaten Fällen bei hochgradigen Blutverlusten kommt diese Methode als letztes Hilfsmittel prompt und schnell und noch bei äusserster Schwäche der Blutcirculation, wo subcutane Flüssigkeitsmengen nicht mehr oder zu langsam resorbirt werden, zur Wirkung und kann doch noch manchesmal, wenn auch zuweilen der Effect nur ein vorübergehender und nicht ausreichender ist, lebensrettend werden. Einen directen Beweis für die lebensrettende Wirksamkeit im einzelnen Fall zu liefern, ist natürlich nicht möglich, jedoch die klinischen Beobachtungen sprechen häufig dafür. Die intravenöse Zufuhr von Kochsalzlösung ist auch, wie schon gesagt, nach Möglichkeit in der Privatpraxis auszuführen und hier stimme ich nicht mit Cholmogorow überein, der auch die subcutane Infusion nur in gut eingerichteten Anstalten angewandt wissen will.

In Betreff der intraperitonealen Einführungsweise von Kochsalzlösung vermittelst eines Troicarts muss ich bemerken, dass dieselbe nicht ungefährlich, Nebenverletzungen nicht absolut auszuschliessen sind und man bei schlaffen und dicken Bauchdecken nie sicher bestimmen kann, ob man mit der Spitze des Instrumentes schon in der Bauchhöhle oder noch im Unterhautzellgewebe ist. Nur nach Laparotomien bei geöffneter Bauchhöhle würde das intraperitoneale Eingiessen von steriler Kochsalzlösung rationell erscheinen, was auch schon mehrfach mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde (Küstner). Ob es zu empfehlen ist vor Stillung der Quelle der Blutung (Dührssen) eine Kochsalzlösung zu infundiren, bleibt dahingestellt.

Ich habe eine Beobachtung gemacht, wo unter solchen Umständen nach einer momentanen Besserung des Pulses eine schnelle Zunahme der anämischen Erscheinungen erfolgte.

Es fragt sich endlich, welche Flüssigkeit sollen wir zur Infusion gebrauchen? Es genügt eine sterile auf 40° C. erwärmte physiologische 0,6% Kochsalzlösung. In einigen Fällen wurden von uns eine alkalische Kochsalzlösung (2 Tropfen Natr. hydrat auf 1 Ltr. nach Kümmell) und eine Zuckerkochsalzlösung (Landerer) angewandt. Beide Lösungen schienen keine Vorzüge zu besitzen; der Zucker wurde schon sehr bald durch den Urin ausgeschieden, wie in einem Falle deutlich durch Harnanalyse nachgewiesen werden konnte.

In Betreff der Bluttransfusion wissen wir jetzt, dass dieselbe vorzugsweise mit homogenem defibrinirtem Blute auszuführen ist. Ziemssen[8]) hatte seiner Zeit die «subcutane Blutinjection» empfohlen, jetzt bevorzugt er die directe intravenöse Transfusion[9]) des undefibrinirten Blutes von Arm zu Arm, in Fällen wo die Salzlösung nicht ausreicht. Denn leider sind alle Flüssigkeiten nicht im Stande das Blut vollkommen zu ersetzen, wie besonders Ziemssen durch exacte Beobachtungen nachgewiesen hat, weil eben den Surrogaten die belebenden und das Leben erhaltenden Eigenschaften des Blutes, hauptsächlich die Blutkörperchen und das Haemoglobin fehlen. Aber einen Blutspender oder das Blut im dringenden Momente schnell zu erreichen, ist gewöhnlich in

[8]) Klin. Vorträge: Ueber subcutane Blutinjection etc.

[9]) Münch. Med. Wochenschrift Nr. 18 — 1894 u. Nr. 14 — 1895.

der Praxis nicht möglich. Dennoch würde sich in einzelnen Fällen, worauf auch Kossmann[10]) neuerdings hingewiesen hat, durch eine vorhergegangene Salzinfusion das Leben eines extrem Anämischen so lange erhalten lassen, bis in einigen Stunden, besonders in grösseren Städten durch zutreffende Einrichtungen, das nöthige Blut beschafft wird, um dadurch event. das Leben dauernd zu sichern.

Auf Grundlage meiner Erfahrungen und auch derjenigen anderer Autoren würde die Kochsalzinfusion in folgender Weise sowol in der Klinik als auch nach Möglichkeit in der Privatpraxis anzuwenden sein: Bei gefahrdrohender acuter Anämie sind vor allen Dingen die bekannten Mittel wie Wärmezufuhr, Campher- (Aether) injectionen, Niedriglagerung des Kopfes, Autotransfusion und Zufuhr von Flüssigkeit per os und rectum anzuwenden. Während obengenannte Mittel zur Anwendung kommen, ist eine sterile Kochsalzlösung zur subcutanen oder intravenösen Infusion vorzubereiten. Die letztere Anwendungsweise ist sofort vorzuziehen, wenn die Anämie sehr hochgradig und Pat. in äusserster Gefahr ist. In letzteren Fällen ist dann, sobald eine Kochsalzinfusion von genügender Menge ohne nachhaltige Wirkung sich erweist und das Leben offenbar zu Ende geht, nach Möglichkeit an die Bluttransfusion zu appelliren.

[10]) Deutsche Aerzte-Zeitung Nr. 1 — 1896.

Die gegenwärtige sociale Lage der Aerzte in Russland.

(Schluss).

Eine besondere Beachtung verdienen die Specialisten, besonders in den Provinzial-Städten. Es gilt heute für absolut nothwendig, Specialist zu sein. Nach Grebentschikow haben sich als Specialisten nur 22% aller Aerzte ausgegeben; verfolgt man aber die Zeitungsanzeigen, so kann man sich dem Eindrucke nicht verschliessen, dass dem Publicum gegenüber sich viel mehr Aerzte als Specialisten ausgeben. Nach *Grebentschikow* gaben nur eine Specialität an 1757 *Aerzte*, 2 Specialitäten 1076 und 3 Specialitäten 105. Das Specialistenthum ist hier nicht an Erfüllung bestimmter Bedingungen gebunden und daher sehen wir, dass die Specialisten sich durchaus nicht immer nur an die Ausübung ihres Specialfaches halten; ferner geschieht es auch nicht gerade sehr selten, dass Specialisten ohne weitere Umstände ihre Specialität ändern. Die Sucht, als Specialist zu gelten treibt manche sonderbare Blüthen; so findet man als gleichzeitig betriebene Specialitäten Disciplinen angezeigt, die sich gegenseitig ausschliessen sollten. wie z B. Chirurgie und Infectionskrankheiten. Als Curiosum sei nebenbei angeführt, dass man in Provinzialblättern Anzeigen angetroffen hat, in denen sich der betreffende Arzt als Specialist in fast allen Zweigen der Medicin empfahl. — Erkundigen wir uns nach dem Ausbildungsweg, den die Specialisten zurückgelegt haben, so erfahren wir nicht selten, dass sie direct von der Universitätsbank gekommen sind, meistens aber haben sie eine Reise in's Ausland gemacht und in Wien, Berlin oder Paris einige Curse gehört und wohl nur der geringere Theil hat eine systematische Schule und längerdauernde Thätigkeit an einer Specialanstalt hinter sich.

Endlich verlohnt es sich noch, einige Worte über den Universitäts-Unterricht und die Lehrer der künftigen Aerzte zu sagen. Der Unterricht an den Universitäten ist streng geregelt, insofern als es den Studenten fest vorgeschrieben ist, wann und welche Fächer sie zu hören haben, deren pünktlicher Besuch von besonderen Beamten controllirt wird. Nur in der Auswahl und im Besuch der nicht obligatorischen Fächer ist weiter kein Zwang auferlegt. Am Ende eines jeden Cursus, d. h. jeden Lehrjahres, hat der Student eine Art Examen abzulegen, damit ihm das Jahr angerechnet und er in den nächsten Cursus übergeführt werden kann. Durch ein solches System soll der Student gezwungen werden zu arbeiten und keine Allotria zu treiben. Es ist damit aber der Uebelstand verbunden, dass es dem Studenten unmöglich gemacht ist, sich mit dem einen oder anderen Fache, das ihn besonders interessirt, ausführlicher zu beschäftigen, da die Vernachlässigung der anderen Disciplinen sich in der Zukunft nicht mehr repariren lässt und eine Nichtzurechnung des Lehrjahres zur Folge hat. Es heisst also, vor allen Dingen zur richtigen Zeit sein Examen bestehen: Liebhabereien kann man später nachgehen. Später jedoch tritt nur zu oft die Nothwendigkeit ein, Geld zu verdienen und zwingt den jungen Arzt, in die Praxis zu treten.

Ferner sehe ich einen Mangel des klinischen Unterrichtes in der Abwesenheit praktischer Curse, in denen der Student mit den Untersuchungsmethoden bekannt gemacht wird. Practische Curse, deren Besuch dem freien Willen der Studenten anheimgestellt sind und die besonders honorirt werden, wie Uebungen am Phantom, Curse der klinischen Propädeutik, der histologischen Untersuchung, der Ophthalmoskopie etc. etc. finden sich an den russischen Universitäten fast gar nicht, sondern diese practischen Uebungen finden gleichzeitig für alle Studenten des betreffenden Lehrjahres statt. Dadurch, dass diese Uebungen nun für eine grosse Zahl von Zuhörern gleichzeitig stattfinden, die sich gegenseitig vielfach behindern und dass sie sich über einen langen Zeitraum hinziehen, verlieren sie bedeutend an Interesse sowohl von Seiten der Studenten, als auch von Seiten der Lehrer.

Ganz unzulässig ist eine derartige Handhabung des klinischen Unterrichtes, wie wir sie in einer Klinik finden, wo den Studenten der Zutritt zu den stationären Patienten verboten ist.

Ein fernerer sehr grosser Uebelstand sind die endlos langen Sommerferien, während welcher nicht nur die Vorlesungen, sondern überhaupt alle Universitätsanstalten geschlossen sind, wo es also auch den Studenten, welche sich freiwillig beschäftigen wollen, unmöglich gemacht ist, in diesem oder jenem Institute zu arbeiten.

Den medicinischen Professoren kann der Vorwurf nicht erspart werden, dass sie ihren directen Pflichten im Allgemeinen in ungenügender Weise nachkommen. Sie sollen in erster Linie Lehrer der medicinischen Wissenschaften sein und als solche haben sie ihre Zeit und ihre Kenntnisse in weitestem Masse dem Unterricht und dem Studium der Medicin zur Verfügung zu stellen. Statt dessen sehen wir sie vielfach überlaufen und ganz in der Ausübung ihrer Privatpraxis aufgehen. Wenn der Professor vom frühen Morgen bis zum späten Abend Patienten empfängt und Consultationen abhält, wo soll er dann noch die Zeit hernehmen, seine Vorträge auszuarbeiten, sich mit den Studenten zu beschäftigen und selbst wissenschaftlich weiter zu arbeiten? Man könnte es für ungerecht halten, ihm die Möglichkeit eines grösseren Erwerbes zu verbieten, doch frage ich, warum soll der medicinische Professor ein Einkommen von 100 Tausenden haben, während die Professoren anderer Facultäten auf ihre ebenso grosse Gage beschränkt sind? Es lässt sich ja nichts dagegen sagen, wenn die Professoren in besonders schwierigen Fällen mit ihrer besseren Technik und grösseren wissenschaftlichen Kenntnissen dem practischen Arzte zu Hülfe kommen; das wäre ja auch eine Art von Unterricht. Wir sehen aber sehr häufig die Professoren als behandelnde Aerzte bei ganz gewöhnlichen, alltäglichen Krankheiten, oder ausserhalb ihrer Kliniken Operationen ausführen, die jeder einigermassen geübte Chirurg macht. Dieses Niedersteigen der Professoren aus blosser Erwerbssucht von der Lehrkanzel in die gewöhnliche Praxis, dieser Austausch wissenschaftlicher Thätigkeit gegen handwerksmässigen Erwerb, discreditirt in hohem Grade sowohl das Studium der Medicin, als auch die Thätigkeit der practischen Aerzte. Ganz unstatthaft sind die Kunstreisen, die von klinischen Lehrern in den Sommerferien unternommen werden, wo die grösseren Städte und Badeorte in aller Eile abgegrast werden. Hat der Professor kein Bedürfniss nach Erholung, so mag er doch seine Zeit in seinem Institute verbringen, die Wissenschaft fördern und sich und seine Schüler fortbilden.

Was lässt sich nun zur Hebung des ärztlichen Standes thun?

Eine erschöpfende Antwort liesse sich nur geben, wenn die Ursachen des Verfalles genügend klar gelegt sind. Uebrigens begegnen wir hier einer Menge von Vorschlägen, die, wie die Erfahrungen aller Culturstaaten lehren, schwer durchzuführen sind. Es steht fest, dass Erspriessliches auf diesem Gebiete nur dann geleistet werden kann, wenn Staat und Gemeinde, in richtiger Erkenntniss der Wichtigkeit eines materiell sichergestellten Aerztestandes für die Wohlfahrt des Volkes, diesem energisch zu Hilfe kommen wird. In Russland wird also alles von der Initiative des Medicinal-Departements abhängen; sehr wünschenswerth wäre gleichfalls die Einrichtung von Aerztekammern, doch ist eine derartige Standesvertretung gegenwärtig wohl kaum ausführbar.

Unzweifelhaft hat das Princip der Verstaatlichung der Hospitäler sehr viel für sich. Die an den Hospitälern angestellten Aerzte hätten dann den Vortheil, der Willkür der Communalbeamten entzogen, und der Exploitation von Seiten des Publicums weniger unterworfen zu sein, müssten sich dafür aber wieder den Zwang einer strengeren Disciplin gefallen lassen. — Ein Versuch in dieser Hinsicht ist vor 2 Jahren durch die Ausarbeitung eines neuen Hospitalregle-

ments für die Civilhospitäler gemacht worden. Danach sollten die Communalverwaltungen nur die Mittel zum Unterhalte der Hospitäler hergeben; im Uebrigen waren diese aber und die an den Hospitälern angestellten Aerzte den Competenzen der Communalverwaltungen entzogen, und in höherem Masse der staatlichen Controlle unterworfen. Dieses Reglement stiess, wie zu erwarten, auf die heftigste Opposition von Seiten der Communalverwaltungen und ist nunmehr, wie es scheint, definitiv fallen gelassen. Mit der Einführung dieses Reglements wäre die Zahl der angestellten Hospitalärzte bedeutend vergrössert, und ihre Stellung zu einander besser als bisher präcisirt worden.

Ob das erwähnte Reglement einen Fortschritt bedeutet hätte, darüber lässt sich viel streiten: im Grunde kommt es aber bei jedem Gesetz darauf an wie es gehandhabt wird. Es lässt sich jedoch nicht leugnen, dass unser Hospitalwesen einer durchgreifenden Reorganisation bedarf im Sinne einer grösseren staatlichen und öffentlichen Controlle. Dieses gilt auch von den Privathospitälern und Privat-Polikliniken, welche nur dann gestattet sein sollten, wenn sie wirklich einem Bedürfnisse des Publicums dienen. So sollten Privathospitäler, welche das ganze Jahr hindurch leer stehen, und nur zur Reclame des Arztes dienen, officiell geschlossen werden. Andererseits hätte der Staat dafür Sorge zu tragen, dass den Bedürfnissen der ärmeren Gesellschaftsklassen nach billiger, stationärer Hospitalbehandlung in ausreichender Weise Genüge geleistet werde.

Interessante Daten, die das Hospitalwesen in Russland charakterisiren, finden sich in einer zweiten Arbeit Grebentschikow's in dem II. Th. der Sprawotschnaja knishka (1893). Danach gab es im Jahre 1891 in Russland 3969 Civilhospitäler mit 96167 Betten (NB. de facto dürften die Zahlen etwas grösser sein, da einmal anzunehmen ist, dass nicht alle Hospitäler ins Verzeichniss gelangt sind, andererseits aber auch die factische Anzahl der Betten in Folge Ueberfüllung in vielen Hospitälern grösser ist, als officiell angegeben). Die Civilhospitäler werden in 3 Gruppen getheilt: I. allgemeine öffentliche Hospitäler, in denen Kranke ohne Unterschied des Standes oder der Krankheit Aufnahme finden, II. Special-Hospitäler, wo nur mit gewissen Krankheiten behaftete Patienten Aufnahme finden und III. Hospitäler für bestimmte Bevölkerungsklassen, wie Fabrikshospitäler, Gefängnisshospitäler, Eisenbahnhospitäler, Schullazarethe etc. etc. — Der Zahl nach gehören zur I. Gruppe 2187 Hospitäler mit 62453 Betten, zur II. Gruppe 272 Hospitäler mit 11174 Betten, zur III. Gruppe 1510 Hospitäler mit 22540 Betten. — Was die I. Gruppe von Hospitälern betrifft, so sehen wir, dass im europäischen Russland 1 Hospital auf 53,500 Einw., kommt, und 1 Bett auf 1,600 Einw., während z. B. in Württemberg und Dänemark 1 Bett auf 300 Einw. kommt, in Baiern und Preussen auf 400 Einw. in Sachsen und Fankreich auf 500 Einw. etc. etc., und nur Irland mit 1:1000 und Norwegen mit 1:1600 nähern sich dem Verhältniss bei uns. — Diese Zahlen reden eine beredte Sprache und zeigen wie viel noch auf dem Gebiete des Hospitalwesens zu thun ist, und eine wie grosse Anzahl von Aerzten hier noch zur Verwendung kommen könnte.

Durchaus bedürftig einer Reorganisation ist die Thätigkeit der Aerzte auf dem flachen Lande und in den kleineren Städten. Gegenwärtig erheben alle Communalverwaltungen jährlich eine gewisse geringe Steuer, wofür alle Steuerzahler ohne Unterschied ihrer Vermögensverhältnisse das Recht auf eine kostenlose ärztliche Behandlung haben. Die Thätigkeit der Communalärzte ist also in erster Linie eine rein curative; wie ich oben gezeigt habe, sind die Hospitalärzte in Folge einer derartigen Organisation meistens so überbürdet, dass auch diese curative Thätigkeit darunter leidet. — Die Communalgelder sollten nun dazu verwandt werden, einmal die Ausgaben für Verbesserung der durchaus mangelhaften hygienischen Verhältnisse zu bestreiten, andererseits aber auch der Bevölkerung die Möglichkeit zu geben, ohne grosse materielle Opfer eine zweckmässige und ausreichende ärztliche Behandlung zu erhalten; zu den Aufgaben der öffentlichen Hygiene gehört auch die Sorge für unbemittelte Kranke, da diese sonst eine Quelle für Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten werden könnten. Die Communalverwaltungen hätten demnach eine genügende Zahl von Gesundheitsbeamten anzustellen, und je nach der Dichtigkeit der Bevölkerung grössere oder kleinere Hospitäler zu unterhalten, in denen jedoch nur die nachgewiesener Massen unbemittelten Kranken eine kostenlose Verpflegung erhalten sollten. Auf diese Weise würden die Hospitäler einen guten Theil ihrer Kosten selbst decken. Der ärztliche Rath wird aber bei dem grossen Publicum einen viel höheren Werth besitzen, wenn seine Erlangung mit gewissen Opfern verknüpft ist, als wenn er kostenlos gegeben wird. Zur Demonstration des Gesagten möchte ich eine eigene Erfahrung anführen. Eine Communalverwaltung setzte für jedes Recept eine Zahlung von 5 Kopeken an. Als die Behandlung und die Verabfolgung der Arzneien kostenlos war, wandte sich das Publicum wegen jeder Kleinigkeit an den Arzt, und wartete nicht die Wirkung der Arznei ab, sondern forderte, ohne die verschriebene Arznei auszubrauchen, ein anderes Mittel. Dieses Unwesen hörte nach Einführung genannter Zahlung auf und es wurden nunmehr auch die diätetischen Verordnungen viel lieber und pünktlicher ausgeführt, während man früher alles von der Arznei verlangte; auch die Zahl der habituellen Polikliniken-Bummler ging zurück. — Durch eine derartige Reorganisation der ärztlichen Thätigkeit auf dem flachen Lande würden viele Aerzte veranlasst werden, sich in kleineren Orten niederzulassen und es würde ihrer Concentration in den grösseren Städten vorgebeugt werden.

Ein weiterer Punkt, wo der Staat den Bedürfnissen des Aerztestandes zu Hilfe kommen könnte, wäre eine angemessene Regelung des ärztlichen Honorars. Auch darüber besteht seit vielen Jahren ein Project, das seiner Einführung, wie es scheint, vergeblich harrt. Es würde dadurch eine gleichmässige Schätzung der ärztlichen Arbeit erzielt werden, wobei allerdings die Aerzte, welche an übergrosse Honorare gewöhnt sind, benachtheiligt werden würden.

Es könnte hier eingewandt werden, dass zur materiellen Aufbesserung eines Standes keine gesetzlichen Bestimmungen getroffen werden sollten, sondern dass das Sache der freien Concurrenz sei. Wir sehen aber überall zum Schutze des Handelsstandes und der Industrie die Handhabung gesetzlicher Massregeln in Form von Schutzzöllen etc. Vergleichen wir nun aber den Kaufmann und den Arzt, so sehen wir, dass ersterer in einem Alter, wo der Student der Medicin noch grosse materielle Opfer für seine Ausbildung bringt, schon lange erwerbsfähig ist, dass die Thätigkeit des Kaufmanns im Grunde auf dem Princip des Egoismus beruht, die des Arztes auf Altruismus, dass, während jener ein relativ ruhiges und gefahrloses Leben führt, dieser gleich dem Soldaten auf dem Schlachtfelde, täglich sich in Lebensgefahr begiebt: es ist eine bekannte Thatsache, dass die durchschnittliche Lebensdauer bei keinem Berufe eine so kurze ist, wie bei den Aerzten. Nichts desto weniger sehen wir, dass zum Schutze des Handelstandes jedes Jahr neue Gesetze erlassen werden, während für die Interessen des Aerztestandes nichts geschieht.

Wenn es somit viele Punkte giebt, wo der Staat dem Aerztestande in wirksamer Weise zu Hülfe kommen kann, so lässt sich doch andererseits auch den Aerzten zurufen: «Arzt hilf dir selber». Es sollten nur Diejenigen Aerzte werden, welche in ihrem Berufe mehr als eine einfache Erwerbsquelle sehen, und bei der Ausübung ihrer Thätigkeit gleichzeitig Gesichtspunkte der Humanität und Wissenschaftlichkeit walten lassen wollen. Solche Elemente sollten sich zu Corporationen zusammenschliessen, und einen offenen Kampf gegen die unlauteren Elemente beginnen. Nur unter solchen Umständen lässt es sich erwarten, dass der Aerztestand die ihm auf Grund seiner Thätigkeit und seiner geistigen Ausbildung zukommende Stellung in der Gesellschaft einnehmen werde.

Dr. med. O. W.

Referate.

Volkmann: Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen- und Gaumentumoren. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 41).

In der Einleitung zu der ausführlichen Arbeit betont Verf. die Wichtigkeit bei der Beurtheilung einer Geschwulst die Genese derselben, den Mutterboden näher zu berücksichtigen als das bisher geschehen. Grade bei der Diagnose der endothelialen Geschwülste käme dieser Umstand um so mehr in Betracht, als das morphologische Verhalten keine sicheren Anhaltspunkte für die Erkenntniss dieser Tumoren biete. Die Endothelien werden bei Wucherungsprocessen den Epithelien so ähnlich, dass eine Diagnose, die sich wesentlich auf die Morphologie stützt unmöglich sei. Verf. betont darauf ausdrücklich den Unterschied beider Gewebsarten auch in entwickelungsgeschichtlicher Beziehung und spricht dem Endothel wie dem Bindegewebe denselben mesodermalen Ursprung zu.

Die Endothelien, von denen Geschwülste ihren Ursprung nehmen können, finden sich:

a. In den Saftspalten des Bindegewebes,
b. In den serösen Höhlen,
c. Im Blut- und Lymphgefässsystem.

Am häufigsten sind die Endothelien der Saftspalten betheiligt und die durch die Wucherung derselben entstehenden Tumoren sind in ihren einfachsten Formen als «interfasciculäre Endotheliome» beschrieben worden.

Bei Besprechung des Baues der Endotheliome berücksichtigt Verf. zunächst die von den Saftspalten ausgehenden und erwähnt als charakteristisch für dieselben die Anord-

nung der Zellen in Schläuche und Reihen, die sich den Saftlücken des Bindegewebes anpassen. Es kann durch diese Art der Ausbreitung ein deutlich alveolärer Bau zu Stande kommen und der Unterschied von einem Carcinom besteht dann nur darin, dass die in den Alveolen liegenden, den Epithelien durchaus ähnlichen Zellen mit dem umgebenden Bindegewebe durch zarte Gewebsbälkchen in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Oft ist das Bindegewebe verändert und hat myxomatösen oder knorpeligen Bau angenommen. So entstehen Mischgeschwülste. Die Anordnung der Zellen lässt aber über den endothelialen Ursprung derselben keinen Zweifel. Der Knorpel entsteht nach Verf. Ansicht nicht, wie behauptet worden ist, durch Degeneration der Endothelzellen, sondern stellt nur eine Veränderung der Intercellularsubstanz des Bindegewebes dar.

Die Form der Zellen in den Endotheliomen ist sehr mannigfach. Die Zellen sind meist sehr epithelähnlich, polyedrisch, bei myxomatösem Grundgewebe auch verästelt. Meist sind sie einkernig, doch hat V. auch Bildungen von Riesenzellen beobachtet. Eigenthümlich ist ihnen die Neigung sich in concentrischen Schichten zu lagern, («Schichtungskugeln») was als beginnende Degeneration zu deuten ist. Auch hyaline und colloide Degeneration wird häufig beobachtet, ebenso schleimige Entartung innerhalb der Zellen. Diese können dann platzen und der ergossene Schleim giebt zur Bildung von Cysten Anlass. Ferner kommen auch hohle Zellschläuche vor namentlich in den Endotheliomen der Knochen, die aus diesem Grunde als «primäre Knochencarcinome» beschrieben worden sind.

Bei weiterem Wachsthum der Tumoren geht die Anordnung der Zellen in Schläuche mehr und mehr verloren und durch Wucherung der Stützsubstanz und der in derselben verlaufenden Blutgefässe, kommt ein exquisit alveolärer Bau zu Stande. Solche Tumoren sind daher auch nicht selten als «alveoläre Sarcome» beschrieben worden.

Die grösseren Lymphgefässe betheiligen sich activ und passiv an der Bildung der Tumoren. Das Endothel derselben kann ebenso wie das der Saftlücken in Wucherung gerathen. Andererseits können aber auch Endotheliome in die Lymphgefässe hineinwuchern, ohne dass die Endothelien der letzteren sich activ betheiligen.

Die in den serösen Höhlen entstehenden Endotheliome bieten wenig Besonderheiten, da das Wesentliche auch hier Wucherung der Endothelien der Saftlücken und Lymphgefässe ist.

Reine Endotheliome der Blutgefässe sind ausserordentlich selten. Häufiger sind die genetisch den Endotheliomen gleichzustellenden Peritheliome.

Das bindegewebige Gerüst der Endotheliome kann ausser myxomatöser, chondromatöser und sarcomatöser Umwandlung auch der hyalinen Degeneration verfallen. Das Hyalin kann entstehen:

a. aus den Geschwulstzellen,
b. aus der Stützsubstanz,
c. aus den Blutgefässwandungen.

Im ersten Falle bilden sich hyaline Kugeln, im letzteren entstehen Tumoren, die man als «Cylindrome» bezeichnet hat.

Die Endotheliome kommen in verschiedenen Körperregionen vor, am häufigsten in der Umgebung der Speichel-Thränen- und Mundschleimdrüsen, ferner in der Haut der Wange und Lippen, am Kopf, in den serösen Höhlen, in den Knochen u. s. w.

Von grossem Interesse sind die Tumoren der Speicheldrüsen und Verf. verfügt über eine Casuistik von 45 Fällen und 7 Recidiven, die ausführlich beschrieben sind.

An der Parotis finden sich am häufigsten die Mischtumoren, die trotz ihrer Vielgestaltigkeit genetisch identisch sind, und Endotheliome mit verschiedener Umwandlung der Stützsubstanz darstellen. Wegen des alveolären Baues sind sie oft als Carcinome beschrieben worden. Auch Mischformen von Sarcom und Carcinom sind behauptet worden, da der alveoläre Bau nicht gleichmässig ausgebildet war und mit sarcomatösen Partien abwechselte. Bei genauerer Untersuchung lässt sich der endotheliale Ursprung der Geschwulst stets nachweisen. Wirkliche primäre Carcinome der Speicheldrüsen sind sehr selten. An der Submaxillardrüse sind ebenfalls die Mischtumoren die häufigsten. Sie sind wie an der Parotis durch eine Kapsel von der Speicheldrüse getrennt. Mit dem Durchbrechen der Kapsel beginnt die Malignität.

Weiter berücksichtigt Verf. analoge endotheliale Geschwülste des Kopfes, die Gaumengeschwülste, beschreibt 2 Fälle von perithelialem Alveolärsarcom, endotheliale Knochengeschwülste, ein doppelseitiges Endotheliom der Hals- und Nackenlymphdrüsen und endlich ein Endotheliom der Pleura. Die sehr ausführliche Casuistik eignet sich nicht für ein Referat. Zahlreiche Abbildungen illustriren den Text. Ein Litteraturverzeichnis, das nicht weniger als 366 Nummern aufweist, beschliesst die vortreffliche Arbeit.

Wold. Fick.

Egger: Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Bianchi'schen Phonendoskopes. (Münchener medicin. Wochenschrift, Nr. 45).

Bei der Prüfung des Phonendoskopes haben sich dem Autor Resultate ergeben, die mit den Angaben Bianchi's zum Theil in Widerspruch stehen. So nimmt man beim Aufsetzen des Instrumentes auf den Körper zunächst eine Reihe von sehr lästigen Nebengeräuschen wahr, die durch die leiseste Erschütterung erzeugt werden und die Auscultation erschweren. Setzt man das Phonendoskop möglichst ruhig auf die Herzgegend, so hört man die Herztöne in einer Stärke, wie sie mit dem Stethoskop nicht wahrgenommen werden. Dieses beruht in erster Linie auf der Verdoppelung der Wahrnehmung in Folge des biauralen Hörens und ist gewiss von Vortheil bei doppelseitiger Herabsetzung des Hörvermögens des Untersuchenden, für ein gesundes Ohr ist es aber fraglich, ob eine solche Verstärkung einen Vortheil bietet. Das Wahrnehmen der Herztöne an Stellen, wo sie mit dem Stethoskop sonst nicht gehört werden, hat aber auch seine Nachtheile, indem sich z. B. gegen die Lungenspitzen zu die Herztöne in unerwünschter Weise den Athemgeräuschen beimischen. Ferner konnte durch Versuche festgestellt werden, dass fortgeleitete tiefe Töne durch das Phonendoskop eine Verstärkung erfahren, höhere merklich abgeschwächt werden und ganz hohe gar nicht wahrgenommen werden. Dieses bietet eine Erklärung für das Auslöschen des metallischen Beiklanges und der höheren tympanitischen Töne und das Verstärktwerden der Rhonchi sonori. Damit in Zusammenhang steht auch die Erscheinung, dass klingende bronchiale Geräusche schlechter fortgeleitet werden als das vesikuläre Athemgeräusch. Nach Bianchi soll aber das Phonendoskop auch zu Zwecken der Perkussion Verwendung finden, indem das Reibegeräusch, welches nach Vorschrift Bianchi's durch Friction der Haut in der Umgebung des Instruments hervorgebracht wird, einen anderen Charakter erhält, jenachdem es über einem lufthaltigen oder über einem nicht lufthaltigen Organ erzeugt wird. Wenn auch dem Autor die Abgrenzung lufthaltiger Organe von luftleeren mittels dieser Methode ohne Mühe gelang, so konnte er sich nicht überzeugen, dass eine Abgrenzung der gesunden Lunge in einzelne Lappen oder die Aufzeichnung der einzelnen Hohlräume des Herzens möglich sei, und er verhält sich den positiven Angaben Bianchi's gegenüber durchaus skeptisch. Wenn nun also dem Phonendoskop auch gewisse Vortheile zukommen, so überwiegen doch obige Uebelstände so sehr, dass nach des Autors Auffassung die Ansicht bestehen bleibt, es eigne sich das Phonendoskop nicht als Ersatz der zur Zeit allgemein gebräuchlichen Instrumente.

Weyert.

Aufrecht: Das Phonendoskop. (Münch. medicin. Wochenschrift. Nr. 52).

Aufrecht kann dem Phonendoskop als Instrument zur Auscultation ebenfalls keinen besonderen Werth beimessen. Dagegen erkennt er die Methode, durch Reiben der Haut die Grösse resp. Grenze der darunter liegenden Organe zu bestimmen, als eine sehr werthvolle an. Erst diese Methode lässt uns die Lage, Form und Grösse des ganzen Herzens, der Vorhöfe genau so erkennen, wie sie in natura sind. Das Wichtigste an dieser kleinen Mittheilung aber dürfte die Feststellung sein, dass zur Ausführung des einzig werthvollen Theils der Phonendoskopie, der Frictionsmethode, das Phonendoskop gar nicht erforderlich ist. Wenn von einem gewöhnlichen Stethoskop das untere auf die Haut zu setzende Stück in einer zum Festhalten geeigneten Länge von etwa 7 cm. abgeschnitten und mit einem Schlauch verbunden wird, welcher mit Hilfe eines geeigneten Ansatzstückes an das Ohr angefügt werden kann, so ergiebt mit Hilfe dieser Vorrichtung die Frictionsmethode die gleichen Resultate wie das Phonendoskop. Bezüglich der Technik erwähnt A. nur noch, dass das Reiben der Haut am besten von dem auf die Haut gestellten Instrument aus in Bogenform nach der Peripherie hin, jedenfalls nicht in umgekehrter Richtung, ausgeführt werden muss.

Weyert.

Calot: Behandlung und Verhütung des Malum Pottii.

Nach einem Referat in der Münchener medicinischen Wochenschrift Nr. 2 theilen wir die Hauptsache aus einem Vortrage, den Calot (Berck) am 22. Dec. in der Académie de Médicine hielt, mit. Auf Grund von 37 Operationen glaubt er das Malum Pottii sowohl heilen als auch bei rechtzeitigem Eingreifen verhüten zu können. Zu dem Zweck wird das chloroformirte Kind auf den Bauch gelegt, zwei Assistenten ziehen an dem oberen und unteren Ende des Rumpfes und der Operateur selbst drückt mit beiden Händen kräftig direct auf den Buckel; ein krachendes Geräusch beweist das Auseinandersprengen der kranken Theile und das Uebereinandergleiten der Wirbel, nach einigen (1—2) Minuten verschwindet der

Buckel sogar bis unter die benachbarten Theile. Unmittelbar darauf wird ein Gypsverband vom Kopf bis zu den Oberschenkeln angelegt, auf dessen genaue Anpassung die grösste Sorgfalt verwendet wird. Im Allgemeinen lässt C. diesem Verfahren eine Abtragung der vorspringenden Dornfortsätze vorhergehen, was eine stärkere und genauere Compression erlaubt. Der erste Verband bleibt 3—4 Monate liegen, um dann durch einen zweiten, eventuell dritten für dieselbe Dauer ersetzt zu werden. Im fünften bis neunten Monat nach dem ersten Eingriff darf das Kind umhergehen. Wenn die zwei Segmente der Wirbelsäule schon zu fest verbunden sind, so dass obiges Verfahren keinen Erfolg verspricht, macht C. eine keilförmige Resection der Wirbelsäule, eventuell auch der anliegenden Rippen mit nachfolgendem Gypsverband. Die Operirten waren 2—20 Jahre alt, das Leiden bestand 3 Monate bis 8 Jahre, die Ausdehnung desselben war verschieden von ganz kleinen Vorsprüngen bis zu den grössten. Ein Todesfall trat nicht ein, ebensowenig Lähmungserscheinungen. Bei 2 Kindern traten nach Monaten Abscesse auf, welche auf die gewöhnliche Behandlungsart zurückgingen, bei dreien mit und trotz der Abscesse Operirten sind diese spontan zurückgegangen. Alle Fälle von beginnendem Malum Pottii können ohne Deformation geheilt werden, wenn man unverzüglich das Redressement der Wirbelsäule vornimmt. Die Behandlungsart ist ferner von relativ kurzer Dauer (5—10 Monate), die bequemste für Eltern und Aerzte, wird gut von den Kindern vertragen und schützt vor der Paralyse, die bei keinem der 37 operirten Kinder aufgetreten ist.

Wie aus diesem kurzen Referat ersichtlich, sind einige Unklarheiten in der Wiedergabe des Verfahrens vorhanden, die vielleicht bei genauerer Darstellung gehoben werden.

Weyert.

A. Irsai: Beitrag zur Rolle der Schilddrüse im Organismus. (Münch. medicin. Wochenschrift. Nr. 51).

An 10 thyreoidectomirten Hunden traten die charakteristischen Erscheinungen innerhalb zwei bis sieben Tagen auf. Anfangs bekämpfte I. dieselben mit Schilddrüsentabletten der Firma «Bourrough, Welcome & C°.», 3—6 Tabletten täglich, doch blieb in 4 Versuchen, wo die Tabletten angewandt wurden, die Wirkung aus. Dann ging J. auf das von Baumann empfohlene Thyrojodin (Jodothyrin) über, dessen Wirkung, wie aus den Versuchen ersichtlich, eine ausgezeichnete war, ja mit demselben die ausgesprochensten Anfälle coupirt wurden. Sobald kein Thyrojodin gereicht wurde, traten schon nach kurzer Zeit die charakteristischen Symptome wieder auf und Autor war im Stande, die Thiere nach Belieben krank und wieder gesund zu machen, eventuell am Leben zu erhalten. Der Gebrauch des reinen Jodes (1—2 cg.) beeinflusste die krankhaften Erscheinungen in keiner Weise und war wirkungslos.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Hermann Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. Band IV. II. Theil, I. Abtheilung. Influenza und Dengue von Prof. Dr O. Leichtenstern. Wien 1896. Alfred Hölder.

Die Bearbeitung dieser zwei Infectionskrankheiten, die in ihren Symptomen zwar vielfach miteinander übereinstimmen, durch ihre endemische Verbreitungsweise jedoch sich streng von einander trennen lassen, ist von dem bekannten Kölner Kliniker in meisterhafter Weise ausgeführt worden. Seine langjährige reiche Erfahrung ermöglichte ihn eine erschöpfende und äusserst lebendige Schilderung der Influenza zugeben, dabei muss noch besonders lobend die vollständige Beherrschung der Literatur hervorgehoben werden. Abweichend von der früher üblichen Eintheilung der Influenza in 3 Kategorien, in die nervöse, respiratorische und gastro intestinale Form nimmt Verf. 2 Hauptgruppen an: 1. Die rein toxischen Formen; dieselben umfassen die Influenza ohne locale Symptome und die rein nervöse Form. 2. Die toxisch-entzündlichen Formen; hierher gehört die catarrhalisch-respiratorische und die gastro intestinale Form. Sehr eingehend beschäftigt sich Verf. mit den Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza. Die Therapie ist genügend berücksichtigt worden. Bei der Darstellung der Dengue, die begreiflicher Weise kürzer gefasst worden ist, hat Verf. in einer tabellarischen Uebersicht die Symptomatologie beider Krankheiten einander vergleichend gegenübergestellt. Von grossem Werth sind die beiden Literaturverzeichnisse, die Verf. den Darstellungen der Influenza und der Dengue beigiebt; dieselben werden vielen Lesern sehr willkommen sein.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

615 Sitzung am 7. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Mossin demonstrirt einen Mann im Desquamationsstadium, der kürzlich ein fieberhaftes Exanthem durchgemacht hat. Nach Angabe des Pat. hat er im Verlauf von 8 Jahren im ganzen 10 Mal dieselbe Affection überstanden. Das vorletzte Mal erkrankte er am 21. Dec. 1896, zuletzt am 4. Jan. 1897. Die Krankheit beginnt plötzlich mit hohem Fieber, Kopfweh, Uebelkeiten, belegter Zunge. Der Rachen röthet sich und die Haut wird turgescirend und röthet sich stark. Das Exanthem sieht dem Scharlach zum Verwechseln ähnlich. Auf dem rothen Fond der Haut heben sich dunklere Punkte hervor. Das Fieber reicht bis an 40°, Pat. leidet an Schmerzen in der Herzgrube. Schon vom 3 Tage an beginnt die Desquamation, welche 2—3 Wochen lang dauert.

Da während der Erkrankung Bandwurmglieder abgehen erklärt sich M. des Krankheitsbild als Folge einer Intoxication durch faulende Bandwürmer.

2. Herr W. Beckmann: Beitrag zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien. Der Vortrag wird in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift veröffentlicht werden.

Vermischtes.

— Die Naturforscher-Gesellschaft zu Jurjew (Dorpat) hat den Professor Dr. Kobert, welcher bekanntlich in nächster Zeit den Ort seiner bisherigen Thätigkeit verlässt, in Anerkennung seiner Verdienste um die Gesellschaft zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Die Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau hat in der letzten Januar-Sitzung ihrem langjährigen Präsidenten, Dr. N. Müller, Oberarzt des dortigen Findelhauses, der seit 25 Jahren rührigen Antheil an der Thätigkeit der Gesellschaft genommen hat, indem er successive als Secretär, Redacteur des Journals der Gesellschaft, Vicepräsident und seit 10 Jahren als Präsident derselben fungirt hat, eine Adresse überreicht und den Beschluss gefasst, ein Stipendium auf seinen Namen zu stiften.

— Am 2. Februar beging die St. Petersburger medicinische Gesellschaft ihr 25 jähriges Jubiläum mit einer Festsitzung, welche von dem Präsidenten der Gesellschaft Dr. A. Ebermann sen. eröffnet wurde. Auf Vorschlag des Präsidenten wurde das Ehrenpräsidium Professor Sklifassowski übertragen, welcher dann in längerer Rede die Thätigkeit der Gesellschaft während ihres 25 jährigen Bestehens skizzirte. Es gelangten hiernach zahlreiche Glückwunsch-Adressen von den medicinischen Facultäten, ärztlichen Vereinen, der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit u. s. w. zur Verlesung. Den Schluss der Feier bildete ein kameradschaftliches Diner.

— Die St. Petersburger medicinische Gesellschaft hat die auf den Namen Prof. Sklifassofski's gestiftete Prämie, welche sie alljährlich für den besten im Laufe eines Jahres aus dem Gebiete der Chirurgie in ihren Sitzungen gehaltenen Vortrag zu verleihen hat, diesmal Dr. Hagentorn zuerkannt.

— Für den nach Pensionirung Prof. Bystrow's erledigten Lehrstuhl der Pädiatrie an der militär-medicinischen Academie haben sich bis jetzt vier Candidaten gemeldet, und zwar: Prof. W. E. Tschernow aus Kiew, Privatdocent Dr. J. W. Troizki (ebenfalls aus Kiew), sowie die Privatdocenten der hiesigen Academie Dr. Jakubowitsch und Dr. Gundobin.

— Die ausserordentlichen Professoren der Warschauer Universität, Dr. A. Schtscherbak (Psychiater) und Dr. J. Fedorow (Gynäkolog) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 20. Januar hierselbst der frühere Professor der Ohrenheilkunde an der militär medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Al. Prussak, im 58. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurg. Academie i. J. 1862, wurde er behufs weiterer Ausbildung an der Botkin'schen Klinik belassen und widmete sich dann im Auslande 2 Jahre dem Studium der Ohrenheilkunde. Bei seiner Rückkehr aus dem Auslande erhielt er die erste in Russland bei der medico-chirurg. Academie errichtete Professur für Ohrenheilkunde, welche er bis 1893 bekleidete. Der Hingeschiedene erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis und hat daher ein ansehnliches Vermögen seiner Familie hinterlassen. 2) Am 18. Jan. hierselbst Dr. Michael Korjakin im 47. Lebensjahre an Aneurysma aortae. Der Verstorbene hatte sich, nachdem er die med. Facultät der Moskauer Universität absolvirt, ganz der Gesangskunst gewidmet und war als Bassist an der hiesigen Kaiserl. Oper sehr

geschätzt. 3) In Rostow a. Don der dortige Arzt Dr. Georg Tkatschew in Alter von 77 Jahren. Von den 53 Jahren seiner ärztlichen Praxis hat er die letzten 40 Jahre der Stadt Rostow gewidmet, wo er nicht nur als Arzt, sondern auch als Glied der Stadt- und Landschaftsverwaltung eine hervorragende Stellung einnahm. Der Verewigte hatte sich durch seine ausgebreitete Praxis ein bedeutendes Vermögen erworben, welches er zu wohlthätigen Stiftungen hergegeben hat. So hat er der Stadt Rostow seine Häuser, welche eine jährliche Revenue von 25,000 Rbl. abwerfen, zu Schulzwecken und 100,000 Rbl. zur Gründung einer städtischen Leihkasse, 75,000 der Charkower Universität zu Stipendien u. a. m. vermacht. 4) In St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. Nik. Kupryanow im 72 Lebensjahre. Der Verstorbene war anfangs Arzt an den Uralschen Bergwerken, dann in St. Petersburg in verschiedenen Stellungen. Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hatte ihn zum Ehrenmitgliede erwählt. 5) In London der berühmte Chirurg Prof. Dr. Thomas Spencer Wells, einer der Begründer der modernen operativen Gynäkologie. Nachdem er einige Zeit Marinearzt gewesen war, wurde er Chefarzt des Samariten-Frauenhospitals in London und dann Professor der Chirurgie am Royal College of surgeons in London. Den Ruhm verdankt er seinen Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie, namentlich der von ihm ausgebildeten Ovariotomie. 1883 wurde ihm die Baronet-Würde verliehen.

— Am 5. Februar n. St. beging der bekannte Wiener Laryngologe Prof. v. Schrötter seinen 60 Geburtstag, bei welcher Gelegenheit ihm von seinen Schülern Ovationen dargebracht wurden.

— Den Privatdocenten der Berliner Universität Dr. Klemperer (I. Assistent der Leyden'schen Klinik) und Dr. Rosenheim (I. Assistent der Senator'schen Klinik) ist der Professortitel verliehen worden. Beide haben sich durch eine reiche klinische und literärische Thätigkeit verdient gemacht.

— An der Universität Charkow betrug die Zahl der Studirenden zum 1. Jan. d. J. 1452, von denen 846 der medicinischen Facultät angehörten.

— Nach dem Jahresbericht der Universität Kiew belief sich die Zahl der Studirenden zum 1. Jan. d. J 2361. Dazu kamen noch 170 Pharmaceuten und freie Zuhörer. Die medicinische Facultät hatte 996 Hörer.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Februar d. J. 8007 (12 mehr als in d. Vorw.), darunter 677 Typhus — (26 wen.), 866 Syphilis — (3 mehr), 162 Scharlach — (5 mehr), 99 Diphtherie — (14 wen.), 65 Masern — (11 mehr) und 28 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Januar bis 1. Februar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
340	293	633	119	63	102	18	18	22	48	59	45	46	54	35	3	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 14, Scharlach 14, Diphtherie 29, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 53, Todtgeborene 23

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Februar 1897.

Tagesordnung: Dr. Germann, Augenärztliche Beobachtungen in Syrien und Palästina; speciell über das Trachom in diesen Ländern.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. Februar 1897.

Довв. ценз. Спб. 7 Февраля 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, (27.) 15. Februar **1897**

Beitrag zur Organotherapie. Sperminum-Poehl.

Von

Dr. G. Hirsch.

Leibmedicus Sr. Majestät.

Die Bedeutung der Organotherapie ist in der Neuzeit, wenn auch nur empirisch, bis zu einem gewissen Grade festgestellt; eine wissenschaftliche Klärung dieser Therapie ist aber nur denkbar, wenn die den verschiedenen Organen entsprechenden einzelnen Bestandtheile chemisch isolirt dargestellt sein werden, um sie alsdann klinisch auf ihren therapeutischen Werth zu prüfen, und präcise Indicationen zu ihrer Anwendung aufstellen zu können.

Nur auf diesem Wege scheint es mir möglich zu sein wissenschaftliche Klarheit in das gegenwärtige empirische Dunkel der Organotherapie zu bringen. Wenn wir auch bereits eine ganze Reihe von günstigen durch die Organotherapie erzielten Resultaten aufweisen können, so sind wir doch noch weit davon entfernt mit Bestimmtheit sagen zu können, diesem oder jenem Organbestandtheile haben wir im gegebenen Falle das günstige Resultat zuzuschreiben. Im Gegentheile es drängt sich einem unwillkürlich die Frage auf, haben wir nicht dem kranken Organismus neben dem günstig wirkenden Bestandtheile zugleich auch Elemente zugeführt, die den normalen Stoffwechsel stören, oder gar schädigen. Letzteres bin ich sehr geneigt von der Brown-Sequard'schen Testikelemulsion zu behaupten; und dennoch hat Brown-Sequard sowohl an sich selbst, wie auch an vielen anderen Patienten durch subcutane Injectionen seiner Emulsion überraschend günstige Erfolge gesehen. Wollen wir hoffen, dass fernere physiologisch-chemische Untersuchungen mehr Licht in das Dunkel der Organotherapie bringen werden. — Es ist nach dieser Richtung jedenfalls ein glücklicher Anfang gemacht worden durch Prof. Poehl, dem die Isolirung des Spermin gelungen ist[1]).

[1]) Mendelejeff, Wratsch 1890 p. 1106.

Seine Untersuchungen[2]) haben ergeben, dass alle Organe, die bis jetzt in der Therapie Verwendung gefunden haben, ohne Ausnahme, einen gemeinsamen Bestandtheil, das Spermin, aufweisen. — Das Spermin spielt im Organismus die Rolle eines physiologisch-chemischen Ferments der Gewebsathmung, und ist im Stande auch ausserhalb des Organismus durch Contactwirkung Oxydationsprocesse zu Wege zu bringen. Die Existenz eines solchen Ferments der Gewebsathmung, resp. der Intraorganoxydation, haben schon früher Traube und Armand-Gautier[3]) vermuthet; Schmiedeberg[4]) hat dasselbe als Histozym angesprochen, und erst Prof. Poehl ist es gelungen dasselbe isolirt, als Spermin, darzustellen.

Es scheint in der That, dass das Spermin mit eine wesentliche Waffe des Organismus gegen die Anhäufung von Zerfallproducten in den Geweben, mithin gegen Autointoxicationen bildet.

Meine Absicht ist nun Ihnen, meine Herren, über einige Krankheitsfälle aus meiner Praxis zu berichten, in denen ich durch Behandlung mit Sperminum-Poehl in die Augen springende günstige Resultate erzielt habe. Es handelt sich bei meiner Casuistik um ganz verschiedenartige Leiden, die in ihrem pathologischen Bilde scheinbar in gar keinem Zusammenhange stehen, nämlich um hochgradige Anämie, um Tabes, und einen Fall von Endarteritis obliterans; und dennoch liegt beiden der erstgenannten Krankheitsformen, wenigstens theilweise, eine gemeinsame physiologisch-chemische Anomalie zu Grunde. Bei der Anaemie ist die herabgesetzte Intraorganoxydation ganz evident, und a priori der wesentlichste Factor, denn die Anaemie ist durch herabgesetzten Haemoglobingehalt des Blutes charakterisirt. Durch das Laboratoriumsexperiment ist von Poehl[5]) nachgewiesen, dass wenn man im Blute das Haemoglobin durch Kohlen-

[2]) Wratsch 1892 Nr. 21 und Deutsche Medicin. Wochenschrift 1892 Nr. 49.

[3]) Armand-Gautier. Cours 3. tome. Paris 1892.

[4]) Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie. Jahrg. 14 1871. pag. 288—312, und pag. 379—392.

[5]) Записки Имп. Академ. Наукъ. т. 71. прил. 2.

oxyd, Chloroform etc. inactiv gemacht hat, dasselbe sofort seine Sauerstoffübertragungsfähigkeit wiedererlangt, sobald man demselben die geringste Menge Spermin zufügt. Dieses Experiment spricht schon zu Gunsten der therapeutischen Verwendung des Spermins bei Blutarmuth. Der therapeutische Effect des Spermins wird zugleich durch eine Reihe von Veränderungen im Harn [6]) begleitet, die zu Gunsten eines erhöhten Oxydationsprocesses im Organismus sprechen.

Betrachten wir nun wie die moderne Auffassung sich die Einwirkung von Eisen und Arsen auf Anaemie erklärt. Es erweist sich, dass sowohl die Eisen- wie auch die Arsenpräparate Leukocytose [7]) bedingen. Dieser Leukocytose folgt die Leukolyse, d. h. Zerfall der weissen Blutkörperchen, wobei actives Spermin gebildet wird. Somit scheint in der That die günstige Wirkung der Eisen- und Arsenpräparate bei Anaemie auf erhöhter Sperminbildung im Organismus basirt zu sein. Jedoch ist nicht in allen Fällen und unbedingt die Leukolyse mit der Bildung von activem Spermin im Organismus verbunden, denn nur bei normaler Blutalcalescenz bildet sich actives Spermin, während es sich bei herabgesetzter Blutalcalescenz in inactives Sperminphosphat (Charcot-Leydensche Krystalle) verwandelt.

Nach den neuesten Untersuchungen von Senator [8]) Loewy und Richter [9]) hat das Spermin einen wesentlichen Einfluss auf die Blutalcalescenz. Es erweist sich, dass in kurzer Zeit nach Einführung des Spermins die Blutalcalescenz steigt, resp. zur Norm gebracht wird. Dieser Umstand erklärt uns warum in Fällen, in denen Eisenpräparate allein nur geringen Effect bedingen, eine Combination dieses Mittels mit Spermin aber oft überraschend günstige Resultate ergiebt.

Ein grosser Theil der Nervenleiden ist ohne Zweifel auf anormalen Stoffumsatz zurückzuführen. Die Retention von zur Ausscheidung bestimmten Stoffwechselproducten in den Nervengeweben behindert die normale Function der letzteren [10]).

Wenn wir im Organismus die Intraorganoxydation durch Einführung von Spermin heben, so werden die zur Ausscheidung bestimmten Zerfallproducte des Stoffwechsels, welche die Nervengewebe belasten als oxydirte und daher lösliche Verbindungen in den allgemeinen Säftekreislauf gebracht und in der That ausgeschieden. Zu Gunsten dieser Ansicht spricht folgender Umstand, dass von Poehl systematisch durchgeführte Leukomainbestimmungen im Harne von Epileptikern folgendes Ergebniss hatten: der Anfall erfolgte stets nachdem das Maximum der Retention von Leukomainen im Organismus beobachtet worden war, resp. das Minimum derselben im Harne auftrat. Zur Beobachtung waren nur Fälle mit Intervallen von c. 1 Woche gewählt.

Das Nervengewebe wird auf diese Art von den es belastenden schädlichen Elementen befreit, und fähig gemacht normal zu functioniren [11]).

Ich erwähnte oben, dass sowohl bei Anämie, als auch bei Tabes, so verschieden beide Krankheitsformen in ihrem klinischen Bilde seien, dennoch, wenigstens theilweise beiden ein gemeinsamer Factor zu Grunde liege, nämlich eine herabgesetzte Intraorganoxydation. Prof. L. Popoff [12]) hat beobachtet, dass die Sensibilitätsstörungen bei Tabetikern durch Spermingebrauch sehr günstig beeinflusst werden; dieselbe Beobachtung habe ich an einem an Tabes leidenden Collegen gemacht

Die Harnanalysen bei Tabetikern ergeben, dass nach Spermingebrauch der Oxydationscoëfficient des Harnes wesentlich steigt [13]).

Somit sehen wir, dass sowohl bei der Anämie, wie auch bei der Tabes ein gemeinsamer Factor eine wichtige Rolle spielt, nämlich die herabgesetzte Intraorganoxydation [14]).

Casuistik.

Anaemie.

Fräulein L. S. 24 Jahre alt, hat sich immer einer recht guten Gesundheit erfreut, und die meiste Zeit ihres Lebens auf ihrem Gute im Tambow'schen Gouvernement verbracht, mithin stets gute Landluft eingeathmet. Menstruirt seit dem 15. Lebensjahr; die Periode ist mehr oder weniger regelmässig eingetreten, im letzten Jahre aber nur spärlich und von sehr blasser Farbe. Im Juni 1893 stellte sich Patientin mir zum ersten Male vor. Schon ihr Aussehen trug das Bild ausgesprochener Anämie: Die Hautfarbe, sowie die Schleimhäute auffallend blass; der Puls beschleunigt, ohne Resistenz, der Herzton von einem leichten anämischen Geräusch begleitet. Lungen gesund; Appetit schlecht, Aversion gegen Fleischspeisen, Stuhlgang träge. Nur der Schlaf sehr gut. Ich richtete mich in Betreff der Nahrungszufuhr zu Anfang ganz nach dem Verlangen und dem Wunsche der Patientin; erlaubte ihr anfänglich, wie ich es in ähnlichen Fällen stets zu thun pflege, alle möglichen sauren und salzigen Speisen und verordnete ihr die bekannten Pillen aus Ferr. sulph. mit Kali carbon. (Pillulae Blaudi).

Nach etwa 1½ Monaten hatte sich Patientin so ziemlich erholt; sie erhielt ein besseres Aussehen, die Schleimhäute zeigten mehr Färbung und der Körper war geistig und physisch etwas leistungsfähiger geworden. In diesem Zustande verliess Patientin Petersburg um sich wiederum auf ihr Gut zu begeben, wo sie noch eine Zeitlang die ihr verordneten Pillen genommen und dann jegliche Behandlung eingestellt hatte. Im Winter 1894—95 erschien sie wieder bei mir, aber in einem geradezu trostlosen Zustande. Die Anämie hatte noch einen höheren Grad erreicht wie bei ihrem ersten Besuche; sie konnte auf ebener Fläche nicht 100 Schritte etwas schnell gehen, ohne die grösste Athemnoth zu empfinden — von irgend welcher Leistungsfähigkeit konnte gar keine Rede sein. Ich verordnete ihr wiederum die oben erwähnten Pillen und liess sie zwei Mal täglich 20 Tropfen Essentiae Spermini-Poehl in Vichywasser nehmen. Ich muss gestehen, dass ich kaum bei irgend welchem chronischen Krankheitszustande eine derartige günstige Wirkung von therapeutischen Eingriffen gesehen habe, wie im vorliegenden Falle; denn bereits im Laufe von 3 Wochen war mit der Patientin eine Veränderung vor sich gegangen, wie weder ich noch sie selbst es erwartet hatte, denn die Kranke, welche vor der genannten Frist nicht im Stande war ohne Athemnoth und leichten Schwindel 100 Schritte auf ebener Fläche zurückzulegen, stieg jetzt 90 Stufen einer Treppe hinauf ohne alle Beschwerden. Selbstverständlich wurde die Behandlung in derselben Weise noch einen Monat fortgesetzt, dann ganz ausgesetzt und doch habe ich im verflossenen Sommer wieder Gelegenheit gehabt mich davon zu überzeugen, dass die einmal eingetretene Umwandlung und Besserung in dem Zustande meiner Patientin eine nachhaltige gewesen ist, und sie sich jetzt vollständig guter Gesundheit erfreut.

2) Fräulein Z., 17 Jahre alt stark anämisch, mit blassen Hautdecken und Schleimhäuten. — Häufige Migräneanfälle mit Schwindel. Sehr schlechter Appetit und träger Stuhl. Die Brustorgane zeigen keine Abnormitäten. Menstruation regelmässig, aber sehr spärlich und häufig von starken Uterinkoliken begleitet. Auch in diesem Falle hatte ich früher das Ferr. sulph. mit Kali carb. zu wiederholten Malen gebrauchen lassen, ohne dass eine auffällige Besserung im Zustande der Patientin eingetreten wäre. Erst als ich auch in diesem Falle neben den Eisenpillen 2 Mal täglich 20 Tropfen Essentiae Spermini nehmen liess, trat zuerst ein subjectives besseres Selbstgefühl und dann aber auch bald eine objectiv constatirbare, anhaltende Besserung ein. Die Schleimhäute färbten sich, die Pulswelle wurde kräftiger, die Ernährung des Körpers eine bessere und die Migräneanfälle hörten auf.

In zwei ähnlichen Fällen habe ich an jungen Mädchen die günstige Wirkung der combinirten Therapie von Eisen und Spermin constatiren können. Dabei kann ich aber doch nicht ver-

---

[6]) Poehl. Zeitschr. für Klinische Medicin. Bd. 24. Heft 1 und 2. Deut. Med. Wochensch. 1895 Nr. 30.

[7]) Подвисоцкій. Общая патологія. 1894. Poehl. Deutsche Medicin. Wochenschr. 1895. Nr. 5 und 6.

[8]) Senator. Semaine médicale. 1895. 28.

[9]) Deutsche Medicinische Wochenschr. 1895. Nr. 15.

[10]) Krafft-Ebing. Nervosität und neurasthenische Zustände. Wien. 1895. pag. 39 und 160.

[11]) Armand Gautier. Lestoxines microbiennes et animales. 1896, pag. 282—286; 358—361; 475—477.

[12]) Werbitzky. Journal der Med. Chemie und Pharmacie (Русск.) № 4, 1894.

[13]) Poehl. Verh. des Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden.

[14]) cf. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt & Stinzing. 1896. 8. Abth. pag. 357—365.

schweigen, dass ich auch Fälle beobachtet habe, bei denen unter ganz derselben Therapie doch nicht so günstige Resultate von mir erzielt worden sind, was meiner Ansicht nach auf individuellen Eigenthümlichkeiten beruhen mochte.

Eine wissenschaftliche Erklärung dieser günstigen Erfolge bin ich nicht im Stande zu geben; sind sie, wie Prof. Poehl behauptet, das Resultat einer durch Spermin bedingten erhöhten Intraorganoxydation, sind sie Folge einer durch Spermin gesteigerten Innervation auf alle physiologischen Vorgänge des Organismus — das kann ich nicht sagen — auch ist es ja nicht die Aufgabe des practischen Arztes derartige Fragen zu beantworten.

Dass das Sperminum-Poehl jedenfalls tonisirend und regulirend auf alle physiologischen Vorgänge des Organismus wirkt, habe ich auch noch Gelegenheit gehabt an einem 91 Jahre alten Patienten zu beobachten, der sich seit 30 Jahren in meiner Pflege befindet. Trotz relativer Rüstigkeit begann Patient über grosse Schwäche zu klagen; ohne das krankhafte Geräusche im Herzen vernehmbar waren, pulsirte das Herz im höchsten Grade arythmisch; dabei traten recht häufig Schwindelanfälle auf; ohne Zweifel als Symptome einer Sclerose der Gehirnarterien. Ich verordnete dem Patienten täglich 2 Mal die Essentia Spermini, welche er denn auch seit einem Jahre regelmässig gebraucht, ohne dass ich jetzt noch sehr darauf bestehe. Aber ohne meinen alten Patienten nach der Wirkung des Mittels zu fragen, wiederholt er mir bei jedem Besuche: «Diese Tropfen haben mir unendlich viel Gutes gethan; ich fühle mich ganz anders, seitdem ich sie gebrauche». Die Füsse sind kräftiger und das Selbstgefühl ein viel besseres; die Schwindelanfälle sind geringer, und die Arythmie des Herzens ist eine viel seltenere geworden. Dieser Patient bietet jedenfalls eine seltene Erscheinung dar, denn mit seinen 91 Jahren steht er noch im Dienst, kommt allen seinen Verpflichtungen nach, besucht Theater und interessirt sich lebhaft für alle Staats- und Tagesfragen.

Tabes.

Im November 1893 wandte sich der Jäger der kaiserlichen Jagd Baranoff an mich um Rath und Hülfe. Patient war damals 37 Jahre alt ,mittlerer Körperconstitution und zeigte das Bild ausgesprochener atactischer Paraplegie der unteren Extremitäten. Er hatte sich von Jugend auf guter Gesundheit erfreut, nie eine ernstere Krankheit durchgemacht, nie an irgend welcher Form von Syphilis gelitten; weder Excesse in Bacho noch in Venere gemacht, auch keinen irgend welchen traumatischen Insult erfahren. Wenn dem Auftreten der Paraplegie irgendwelche acute Infectionskrankheit vorhergegangen wäre, so hätte der Verdacht vorliegen können, dass wir es im gegebenen Falle mit einer hysterischen Paraplegie zu thun haben; allein auch dieses Moment war entschieden auszuschliessen, und ich war nach genauerer Untersuchung des Patienten gezwungen anzunehmen, dass es sich hier um eine Affection der Seitenstränge des Rückenmarkes in der Nähe der grauen Substanz handele, und zwar nur im Lumbaltheil der medulla spinalis.

Seit mehr als einem Jahr begann Patient eigenthümliche Sensibilitätsstörungen zu verspüren: so schien es ihm namentlich beim Liegen im Bett als ob der ganze Körper in die Höhe gehoben werde, ohne dass indess irgend welche neuralgische Schmerzen vorhanden gewesen wären. Letztere traten erst spät und auch dann nur selten als lancinirende auf. Schon zu Ende des Jahres 1892 machte sich in den unteren Extremitäten eine Schwäche fühlbar, die ziemlich schnell progressirte, um im Laufe kaum eines Jahres sich zum Bilde einer atactischen Paraplegie heranzubilden. Nachdem Patient sich zuerst an die hiesige medic. Klinik und an Hospitäler gewandt hatte, wo er ohne jeglichen Erfolg mit Electricität, Suspension, Hydrotherapie und verschiedenen inneren Medicamenten behandelt worden war, stellte er sich mir in folgendem Zustande vor:

Blasses, deprimirtes Aussehen, kann sich nur mit Hülfe eines Stockes auf den Füssen erhalten und mit gespreizten Beinen, sich auf den Stock stützend, mühsam weiter bewegen, wobei er das characteristische Bild der atactischen Locomotion darbot. Mit geschlossenen Augen konnte er sich ohne Stütze nicht auf den Füssen erhalten, geschweige denn auf einem Fusse stehen.

Die Reflexe der unteren Extremitäten waren fast ganz verschwunden, während die Sensibilität mir ganz intact erschien. Von Seiten des Darmkanals waren die paretischen Erscheinungen weniger ausgesprochen, als von Seiten der Blase und des Detrusor; die Harnentleerung ging nur träge und mit Unterbrechungen vor sich. Patient klagte über ein ausgesprochenes, lästiges Gürtelgefühl.

Versuchsweise proponirte ich dem Patienten subcutane Injectionen von Sperminum Poehli. Schon nach 8—10 Injectionen, die ich täglich zu einer wiederholte, sprach sich Patient erfreut über deren günstige Wirkung aus; er gab an, ein viel besseres subjectives Gefühl zu haben, und versicherte zugleich, sicherer, coordinirter und kräftiger auftreten zu können. Diese Erscheinungen bewogen mich denn auch dazu die eingeschlagene Therapie fortzusetzen, bis ich ihm schliesslich 90 subcutane Injectionen applicirt hatte. Dabei muss ich bemerken, dass ich ausser dem Spermin absolut nichts anderes angewandt habe. Das Endresultat war ein durchaus befriedigendes; Patient war schliesslich im Stande nicht nur ganz frei ohne Stock herumzugehen, sondern auch auf den Kaiserlichen Jagden seinen Obliegenheiten nachzukommen; Darm- und Blasenfunctionen kehrten zur Norm zurück, und die Reflexe traten wieder wenn auch nur schwach auf. Als Patient sich mir im November vorigen Jahres wieder vorstellte, rieth ich ihm, sich abermals 2 Mal wöchentlich subcutane Spermininjectionen appliciren zu lassen, da er doch nicht ganz in den früheren Normalzustand zurückgekehrt sei. Es sind ihm während des Herbstes im Ganzen gegen 20 Injectionen gemacht. So kommt er z. B. jetzt noch beim Stehen mit geschlossenen Augen sehr bald ins Wanken. Er kann nicht sehr schnell laufen und auch nicht reiten; letzteres hat er übrigens seit seiner Erkrankung nicht versucht. In dem vorliegenden Fall haben wir es folglich mit Störungen in dem motorischen Apparat zu thun gehabt, da weder Neuralgieen, Hyperästhesien noch Anaesthesieen vorlagen.

In einem zweiten Falle von bereits seit über 6 Jahren bestehender atactischer Paraplegie, bei einem Collegen von 67 Jahren, habe ich die günstige Wirkung der subcutanen Sperminininjectionen bei sehr schweren neuralgischen Erscheinungen zu beobachten Gelegenheit gehabt. Besagter College W. hatte, als ich ihn vor 1½ Jahren zum ersten Mal sah, bereits seit 6 Jahren an atactischer Paraplegie gelitten, die sich allmählich herangebildet hatte. Selbstverständlich waren von ihm alle möglichen Heilmethoden und Bäder erprobt, jedoch ohne allen Erfolg, so dass ich ihn in vollständig resignirtem hoffnungslosem Zustande vorfand. Er klagte über heftige neuralgische Schmerzen in den unteren Extremitäten, über einen schweren Kopf, Schlaflosigkeit und ein abscheulich schlechtes Allgemeingefühl. Ich proponirte ihm den subcutanen Gebrauch des Sperminum Poehli, indem ich ihn zugleich dringend ersuchte, sich ja keinen Selbsttäuschungen hinzugeben, und mir nur dann über Erfolg oder Misserfolg des angewandten Mittels zu berichten, wenn eine unzweideutige Wendung zum Besseren oder Schlechteren eingetreten sei. Schon nach etwa 12 Injectionen, namentlich aber nach beendigter Kur, von 40 Injectionen sagte mir Patient wörtlich folgendes: «Von allen Kuren und Mitteln, die ich im Laufe der Jahre durchgemacht habe, hat mir keine solche Erleichterung gebracht, wie die Sperminininjectionen. Die neuralgischen Schmerzen haben dermassen nachgelassen, dass ich ein ganz anderer Mensch geworden bin; mein Kopf ist frei, das Allgemeingefühl ein ungleich besseres, wie früher; ich fühle mich kräftiger auf den Füssen und ich kann mich wieder geistig beschäftigen. In Betreff einer coordinirten Locomotion ist aber keine merkliche Veränderung erzielt worden».

Vor einigen Tagen besuchte ich wieder den Collegen, um mich davon zu überzeugen, ob der vor etwa 1½ Jahren durch 40 Sperminininjectionen erzielte Erfolg ein in der That nachhaltiger geblieben sei. Ich fand den Patienten in vorzüglichster Gemüthsstimmung, und er wiederholt mir buchstäblich alles, was ich oben über den günstigen Effect der Sperminininjectionen gesagt habe.

Endarteritis obliterans.

Pastor Georg K. 1850 geboren, guter Körperconstitution, begann im Juli 1887, also in seinem 37. Lebensjahre, an Erkrankung der Gefässe des linken Unterschenkels zu leiden; das Uebel progressirte unter furchtbaren Schmerzen bis zum 12. December 1889 dermassen, dass nachdem sich an der grossen Zehe trockene Gangrän eingestellt hatte, von Prof. Wahl an ihm die Pirogoff'sche Operation vorgenommen wurde. Der von dieser Operation erhoffte Erfolg blieb aus, und am 15. Januar 1890 musste die Amputation des Unterschenkels nach Gritti ausgeführt werden. In beiden Fällen heilten die Operationswunden per primam. Schon am 19. November 1890 war man gezwungen, dieselbe Operation nach Gritti auch am rechten Unterschenkel vorzunehmen, da sich die Endarteritis bis zur Gefässobliteration hier ganz in derselben Weise, wie in dem linken Fuss entwickelt hatte, bis die an der grossen Zehe auch hier eingetretene Gangrän gebieterisch die Amputation erheischte, die dann auch von Doc. Zöge am oben angegebenen Datum vollzogen wurde. Auch diese Operationswunde heilte per primam intentionem. Im Sommer 1893 traten in dem linken Unterarm die dem Patienten selbst nur zu sehr bekannten Symptome einer Endarteritis, gerade in derselben Weise, wie früher in den unteren Extremitäten auf. Es stellten sich auch hier heftige sich allmählich steigernde Schmerzen und Schwellung des Unterarmes ein; es schwand zuerst der Radial-, dann auch der Ulnarpuls, während sich über der geschwollenen Dorsalfläche der Hand ein vicarirendes Pulsieren bemerkbar machte. Seit dem August 1894 zeigte sich am 4. und kleinen Finger der Hand trockene Gangrän, die Schmerzen steigerten sich in dem Grade, dass

der Patient im Januar 1895 entschlossen war sich wiederum einer Operation zu unterwerfen. Am 19. Januar sollte die Exarticulation des 4. Fingers vollzogen werden; alles war für dieselbe vorbereitet, die Instrumente lagen geordnet auf dem Tisch, und man wollte ans Werk gehen. Da wandte sich die Frau des Patienten an die Aerzte mit der flehentlichen Bitte, wenn irgend möglich, die Operation noch hinauszuschieben, welche Bitte ihr denn auch gewährt wurde, vorausgesetzt, dass Patient im Stande sei, noch fernerhin die schrecklichen Schmerzen zu ertragen. — An demselben Tage begann Patient nun zum ersten Male die Essentia Spermini Poehl innerlich zu gebrauchen. Zugleich wurde ihm indess auch wie bisher das Phenacetin gereicht, jedoch in kleinerer Dose. Schon gegen Mitte Februar konnte nach allen Richtungen hin eine notable Besserung in dem Zustande des Patienten constatirt werden. Die Schmerzen waren viel geringer geworden und hörten im Laufe des Sommers ganz auf. In dem gangränösen Process trat ein Stillstand ein, die mortificirten Gewebe stiessen sich allmählich ab, und es kam gesunde Haut unter ihnen zum Vorschein. Der Nagel des 4. Fingers, welcher nur noch mit einem Fetzen aufsass, ist durch einen vollständig gesunden, fest aufsitzenden ersetzt worden: die Blutcirculation und Ernährung des linken Unterarms ist eine unvergleichlich-bessere geworden, und die stark in ihm gefallene Temperatur hat sich gehoben. Da ich selbst den Patienten seit längerer Zeit nicht gesehen habe, obgleich ich stets über seinen Zustand recht genau instruirt war, so interessirte es mich im höchsten Grade zu erfahren, ob nicht etwa zugleich mit den oben angegebenen günstigen Veränderungen im linken Unterarm sich der Radialpuls wieder eingestellt habe.

In Folge meiner schriftlichen Anfrage untersuchte erst Patient selbst, dann aber auch seine Aerzte nach längerer Zeit wieder den Radialpuls. Dem Patienten selbst, der seit Jahren gewöhnt war seinen Puls zu controlliren, schien die radialis in der That, wenn auch kaum fühlbar, zu pulsiren; auch der Hausarzt glaubte anfangs eine sehr schwache Pulsation in dem genannten Gefässe durchzufühlen, allein nach wiederholten, genauen Prüfungen kamen sowohl Arzt, als Patient zur Ueberzeugung, dass ein Radialpuls am linken Unterarm nicht existire: die Ernährung dieses Körpertheiles sich aber durch collaterale Gefässentwickelung in ausgiebiger Weise vollziehe

Gegenwärtig fühlt sich Patient durchaus wohl, und es sind vorläufig wenigstens nirgends im Körper irgendwelche Anzeichen einer wieder beginnenden Endarteritis bemerkbar.

Da sich im gegebenen Falle der Krankheitsprocess in dem linken Unterarm ganz in derselben Weise heranbildete, wie in beiden Unterschenkeln, und zwar bis zu dem Grade, dass schon zur Operation geschritten werden sollte, letztere nur auf dringende Bitten der Frau zeitweilig aufgeschoben wurde, sich nach dem Spermingebrauch aber als überflüssig erwiesen hat, so sind wir, glaube ich, im vorliegenden Falle berechtigt mit grosser Bestimmtheit behaupten zu dürfen: «Der günstige regressive Process ist hier einzig dem Sperminum Poehl zuzuschreiben».

Hiermit schliesse ich, meine Herren, das Referat über meine ihnen vorgelegte Casuistik. Ich bin mir dessen voll bewusst, Ihnen nichts Erschöpfendes, über das Sperminum Poehl, als therapeutisches Agens gegeben zu haben; durch den in einzelnen Fällen erzielten eclatanten Erfolg aber habe ich mich gedrungen gefühlt, durch die heutige Mittheilung die Collegen zu weiterer Beobachtung und Forschung anzuregen. Sowohl unsere inländische, wie auch die ausländische Fachliteratur berichtet über günstige Erfolge mit Sperminbehandlung bei ganz verschiedenartigen Krankheitsfällen. Ich erhielt auf eine Anfrage über Erfahrungen mit Sperminbehandlung von verschiedenen ausländischen klinischen Autoritäten folgende freundliche Zuschriften:

Geheimrath Prof. Senator schreibt mir, dass er bei Tabes öfters subjective Besserung beobachtet habe. Die Einwirkung des Sperminum Poehl in einigen Fällen von Leucämie, sowohl in lienaler, als auch in lymphatisch-lienaler Form, erklärt er sich dadurch, dass bei Sperminiujectionen, hauptsächlich, wie auch die Blutuntersuchung ergab, die polynucleären Leukocyten vermehrt werden, während die mononucleären in stärkerem Masse verschwinden.

Prof. Benedict theilt mir mit, dass er in 2 Fällen von Magenleiden von Sperminum Poehl eclatanten Erfolg gesehen. Der eine betraf einen 50 Jahre alten Schriftsteller, der seit 8 Monaten an hochgradigen Verdauungsbeschwerden, mit heftigen Magenkrämpfen, Appetitlosigkeit und Erschöpfung gelitten; von der ersten Injection an trat unmittelbare Besserung, und nach 10 Injectionen Heilung ein, die jetzt seit 2 Jahren sich erhalten hat.

Der zweite Fall betraf eine hochgradig hysterische Dame, die an chronischer hysterischer Chorea phonetica litt; dieselbe quälte sich seit vielen Wochen mit heftigem Erbrechen und Appetitlosigkeit, bis zum Speiseekel; dieselbe besserte sich rasch, und war nach einem Dutzend subcutaner Sperminiujectionen geheilt.

Dr. Hofmeier berichtet über günstige Erfolge mit Sperminbehandlung, bei neurasthenischen, tabetischen oder an Erschöpfungsneurosen leidenden Männern und Frauen. Unter letzteren befindet sich eine Dame, die in Folge eines Fibromyoma uteri seit ihrem 20 Lebensjahre (gegenwärtig zählt sie 43) durch Uterinblutungen dermassen heruntergekommen war, dass sie zu einem trostlosen zurückgezogenen Leben verurtheilt war. Nachdem alle möglichen Mittel und Kurmethoden an ihr mehr oder weniger erfolglos versucht worden waren, unterzog Dr. Hofmeier sie einer Sperminiujectionskur, die ein ganz überraschend günstiges Resultat zur Folge hatte. Die Dame, die weder gehen noch irgend etwas schaffen konnte, erholte sich in kurzer Zeit dermassen, dass sie dem gesellschaftlichen Verkehr wiedergegeben wurde, Theater besuchen und mehr oder weniger allen ihren Verpflichtungen nachkommen konnte. Von Zeit zu Zeit nach stattgehabten Strapazen kehrte Patientin zur Wiederholung der Injectionen zu Dr. Hofmeier zurück. In diesem Falle lag offenbar hochgradige Anaemia cerebri et medullae spinalis, ohne specielle Erkrankung dieser Organe vor.

Prof. Geheimrath Eulenburg schreibt mir, dass er seit einer Reihe von Jahren in immer zunehmendem Masse bei den mit Anaemie und Ernährungsstörungen einhergehenden Formen functioneller Neurosen, namentlich bei Neurasthenie und Hysterie von den Sperminiujectionen Gebrauch gemacht habe, und mit den dabei erreichten Resultaten im Ganzen und Grossen recht zufrieden sei. In 2 Fällen von Basedowerkrankung, mit Anaemia gravis, haben die Sperminiujectionen eine sehr in die Augen springende Kräfte- und Gewichtszunahme des Körpers zur Folge gehabt. Prof. Eulenburg wendet in letzter Zeit das Spermin sowohl in Form von subcutanen Injectionen, als auch in Form der Essentia Spermini innerlich an bei periodisch auftretenden Depressionszuständen mit Uraturie, wobei er in einzelnen Fällen günstige Beeinflussung der Dauer und Intensität der periodischen Depressionszustände beobachtet hat.

Prof. Eulenburg spricht sich dahin aus, dass er das Spermin mit Vorliebe in solchen Fällen anwendet, wo es sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit um Autointoxication handelt, weil auf Grund theoretischer Argumentation in ähnlichen Fällen der Gebrauch des Spermin in der That angezeigt ist.

Geheimrath Prof. Ewald's freundliche Antwort auf meine Anfrage lautet dahin: er hat das Spermin in einer Anzahl von Fällen schwerer Neurasthenie und allgemeiner nervöser Schwäche auf anaemischer Basis, bei herabgesetztem Stoffwechsel, psychischer Verstimmung, Verdacht auf beginnende Tabes angewandt, und neben manchem Misserfolge auch entschiedene Besserungen gesehen. Von ihm ist indess keine ausschliessliche Sperminbehandlung mit gleichzeitiger Stoffwechseluntersuchung durchgeführt. Nie hat aber Prof. Ewald irgend welche schädliche Nebenwirkungen bei seinen Patienten beim Gebrauch des Spermin bemerkt, und räth daher zu ferneren Versuchen und Beobachtungen mit dem Mittel.

Prof. Fürbringer schreibt mir, dass er mit Dr. Freyhan den klinischen Effect des Sperminum Poehl

in 22 Fällen (vorwiegend von Neurasthenie, aber auch perniciöser Anaemie) beobachtet hat.

Das Resultat ist folgendes: Keine schädliche Nebenwirkungen und bei der functionellen Gruppe der Erkrankungen zum grössten Theile bemerkenswerthe Besserung während der Kur. Ausdrücklich betont Prof. Fürbringer in seinem Schreiben, dass das relativ ungünstige Urtheil über Spermin, welches er früher ausgesprochen, sich auf Grund seiner neueren Beobachtungen nicht bestätigt hat.

Prof. Mendel schreibt mir, dass er das Sperminum Poehl in einer Reihe von Fällen von functionellen Neurosen (Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie) angewandt hat, wobei er neben vorübergehender Besserung auch in einer Anzahl von Fällen, nach 4—6 wöchentlichem Gebrauch, eine andauernde Besserung, in einem Falle eine noch jetzt, nach einem Jahre, bestehende Heilung beobachtet hat. Bei Anaemien und bei Sclerose des Nervensystems mit Sclerose der Hirnarterien und den dadurch bedingten cerebralen Erscheinungen constatirt Prof. Mendel günstige Wirkung.

Wie alle anderen Autoren, betont auch Prof. Mendel, dass er in keinem Falle eine ungünstige Wirkung beobachtet hat.

Wenn ich zum Schluss das Resultat sowohl meiner eignen Erfahrungen als das der citirten ausländischen Autoritäten resumire, so geht meine Ansicht dahin: «das Sperminum Poehli hat keine irgendwelche specifische Wirkung bei bestimmten Krankheiten, es scheint aber in der That ein physiologisch-chemisches Agens zu sein, welches die Intraorganoxydation, resp. den Stoffwechsel, regulirt die Entfernung der sich im Organismus anhäufenden Zerfallproducte befördert, dadurch das Nervensystem entlastet und schliesslich die Vis medicatrix naturae zur ungestörten Geltung bringt».

Referate.

W. Knorre: Ueber die Verbreitung der Tuberculose unter den niederen Marinechargen des Kronstädter Hafens und über die Maassregeln zu ihrer Verhütung. (Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku). (August, September 1896).

Autor hat der Häufigkeit der Tuberkulose in der Matrosenabtheilung des Kronstädter Marinehospitals seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet und kam auf Grund von 1112 Beobachtungen, die von 1887—95 gesammelt wurden, zu folgenden Resultaten. Von den 1112 Patienten starben 404, wurden auf Urlaub entlassen 539, verabschiedet 152, während von 32710 anderen Patienten 456 starben, 1248 beurlaubt und 851 verabschiedet wurden. Unter den tuberkulös, d. h. mit manifesten Erscheinungen Erkrankten stand die Mehrzahl bereits 3—4 Jahre im Dienst, das Maximum wurde im vierten Dienstjahre erreicht und wenn man die Incubationsperiode der Tuberkulose (die übrigens bis jetzt noch unbekannt ist; nach R. Koch soll sie ½—1 Jahr dauern) 3 Jahre rechnet, so erweist sich, dass die Mehrzahl der Patienten während des Dienstes inficirt wurde, ein anderer Theil mit Tuberkulose in den Dienst aufgenommen wurde. Dass sich auch unter den anscheinend Gesunden tuberkulös Inficirte befinden, beweist der Umstand, dass von den 1112 Patienten bei 500 die vordem niemals krank gewesen waren gleich bei der Aufnahme in das Hospital Bacillen gefunden wurden. Da es nun unmöglich ist das Sputum jedes einzelnen Soldaten auf Bacillen zu untersuchen, so möchte Autor nur bei denjenigen eine Sputumuntersuchung anrathen, die entweder durch vorhergegangene Krankheiten (Lungenentzündung, Pleuritis, Influenza, Anaemie, Lymphadenitis etc.) oder durch schnelle Abmagerung verdächtig erscheinen. Solche müssten sofort bei positivem Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung in das Hospital und wenn möglich in die Heimath entfernt werden, da sie zum Dienst untauglich und für ihre Kameraden gefährlich sind. Ferner möchte Autor als prophylaktische Maassregel die Beurlaubung nach acuten schweren Erkrankungen besonders der Lungen empfehlen, da gerade solche Reconvlescenten zur Infection geneigt sind. Vor allen Dingen ist aber bei Annahme der Rekruten ganz besonders Augenmerk auf den Zustand der Lungen zu richten und bei verdächtigen Erscheinungen die bakteriologische Untersuchung des Sputums auszuführen.

Autor schlägt eine ganze Reihe von Maassregeln vor, welche eine Verbreitung der Tuberkulose in den Kasernen verbindern sollen. Dazu zählt vor allen Dingen eine mindestens einmal jährlich vorzunehmende gründliche Reinigung der Wohnräume. Die Dielen sollen täglich feucht aufgewischt werden; das Spucken auf die Dielen soll streng untersagt sein; überall sind dafür besondere mit Wasser gefüllte Spucknäpfe aufzustellen. Durch populäre Vorträge und Brochüren oder durch Wandtabellen müssen die Mannschaften über die Bedeutung der Tuberkulose und ihre Ansteckungsgefahr aufgeklärt werden. Ausserdem ist es empfehlenswerth, in den Kasernen besondere Schlafsäle und Badstuben einzurichten.

Weyert.

Dr. Ernst Siegel (Stadt-Krkh. Frankfurt-Rehn): Ueber die functionellen Erfolge der Operationen am Magen. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.

12 Fälle von Gastroenterostomie, die Hälfte gestorben, 1 an Operation, einer ohne Zusammenhang mit der Operation, 4 in mittelbarem Zusammenhang. Op. nach Wölfler.

Um die Wirkung zu studiren seien nur die gutartigen Stenosen (3) heranzuziehen: — Motorisch sofort ein Erfolg, chemische Function liess oft lange auf sich warten (einen Monat und mehr). Später allerdings volles Wohlbefinden. — Die Fettverdauung leide, aber nicht in dem Maasse, dass dadurch eine Schädigung der Gesammternährung zu fürchten sei. — Als Ursache sieht S. Verlegung und Druck auf den D. Wirsungianus an. Es folgen die Krankengeschichten. (Fall 1 ist wohl zu spät per os ernährt) (nicht verständlich ist, wie Fall II 8 Tage post operationem geheilt entlassen ist. Tod einige Wochen später. Sollte da nicht ein Druckfehler vorliegen?).

S. plaidirt für frühzeitige Operation, sofortige Ernährung etc. Naht in 2 Etagen.

Die Pylorusresection sei «eine so gut wie verpönte Operation» bei gutartigen (? Ref.) Geschwülsten des Pylorus. Alle von anderen Autoren für die Resection geltend gemachten Gründe seien nicht einwandsfrei. — (1. ist die Diagnose eines gutartigen Tumors auch bei eröffnetem Leibe nicht stets zu stellen. 2. Man kann die Resection bei Ulcus doch nicht eine verpönte Operation nennen, die ein Leiden das zu lebensgefährlichen Blutungen, zu Perforationen etc. führen kann beseitigt? und zwar durch einen Eingriff der sicher nicht mehr, wahrscheinlich aber weniger lebensgefährlich ist (cf. Statistiken) als die Gastroenterostomie.)

Z.

Dr. Frdr. Heinsheimer: Stoffwechseluntersuchungen bei zwei Fällen von Gastroenterostomie. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. I. Heft 3. p. 352.

2 Fälle von Gastroenterostomie wegen Ulcusnarben — ergeben auf ihren Stoffwechsel untersucht erheblich herabgesetzte Fettverdauung. H. führt das darauf zurück, dass das Duodenum ausgeschaltet sei. Das Duodenum zeige bei seiner fixirten Lage langsamere Bewegungen und gestatte dieser Umstand eine innigere Mischung des Chymus mit dem Drüsensecret. — Für diese Anschauung spräche auch der Umstand, dass die gemeinsame Oeffnung für Galle und Pankreassaft bei Thieren um so näher dem Pylorus liege je fettreicher die Nahrung.

Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Heinrich Stadelmann: Der Psychotherapeut. Würzburg, 1896. 228 pag.

Im Wesentlichen eine Sammlung von 87 Krankengeschichten, an denen der grosse therapeutische Werth der «hypnotischen Suggestion» den praktischen Aerzten vor Augen geführt werden soll. Die einleitenden bio-psychologischen Vorbemerkungen bahnen das Verständniss dieses Heilverfahrens an und beschreiben seine Technik. Besonderes Gewicht legt der Verf. auf die von Breuer und Freud angegebene Methode, bei Hysterie, auch bei Epilepsie und Psychosen, in Hypnose auf das psychische Trauma, die primäre Vorstellung, zu fahnden, deren Entfernung durch Suggestion die Krankheit zum Stillstande bringen soll.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

616. Sitzung am 21. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz. Secretär: Herr Henking.

1. Herr Moritz demonstrirt einen Sphygmographen den er nach eigener Angabe durch einen electrischen Markirapparat hat vervollständigen lassen.

An einem Dudgeon'schen Sphygmographen ist ein Hufeisen angebracht, welches mit einem Grenet'schen Flaschenelement in Verbindung steht. In die Leitungsschnüre ist ein Stromschliesser in Form einer mit einem Contactknopfe versehenen Handhabe eingeschaltet. Durch leichten Fingerdruck auf diesen Knopf wird die Leitung hergestellt: der Hufeisenmagnet setzt einen leichten Schreibhebel in Bewegung, welcher den Moment des Stromschlusses auf dem unter dem sphygmographischen Schreibstift hingleitenden Papierstreifen markirt. Mittelst dieses electrischen Signal- oder Markirapparates lassen sich alle möglichen durch Palpation oder Auscultation am Kranken wahrgenommenen Erscheinungen in ihrer zeitlichen Beziehung zu den Phasen der vom Sphygmographen gezeichneten Pulscurve zur Anschauung bringen. — Der Apparat ist bequem zu handhaben, arbeitet exact und zuverlässig.

Herr Moritz erläutert den Nutzen und die Anwendung seines Apparates an mehreren Curven. Die eine Curve stammt von einem Patienten, der das Phänomen eines systolischen in gewissen Intervallen lauten «Paukentons» am Herz aufwies: Die sphygmographische Pulscurve zeigt im Vereine mit den vom electrischen Signalapparate gelieferten Marken, dass dieser Ton nur auftritt, wenn eine Pulswelle zu rasch auf die vorige folgt. — Ein anderes Sphygmogramm, eine Venenpulscurve darstellend, erweist, dass auf 78 Venenpulse 23 Arterienpulsationen kommen; ausserdem geht aus ihm hervor, dass der Radialpuls mit der Phase der schwachen Venenfüllung, resp. Venenleere zusammenfällt.

2. Herr Dehio spricht über eine bisher wenig bekannte Form von diffuser interstitieller Bindegewebshyperplasie des Myocardiums, der er den Namen «Myofibrose des Herzmuskels» gegeben hat.

Der Vortragende demonstrirt eine grössere Reihe sein Referat ergänzender mikroskopischer Präparate und Mikrophotogramme.

Wenn man vor noch nicht langer Zeit von chronischer Myocarditis sprach, so hatte man meist nur jene Form von interstitieller Bindegewebswucherung innerhalb des Herzmuskels im Sinne, die, an Erkrankungen der Coronararterien sich anschliessend, zu der Bildung makroskopisch leicht erkennbarer Narben, der sogen. Herzschwielen, führte.

Erst recht spät, seit etwa 1890, hat man angefangen, auf andere Bindegewebswucherungen des Myocards aufmerksam zu werden, auf Wucherungen, welche makroskopisch viel weniger in's Auge fallen und vielfach erst durch das Mikroskop aufgeschlossen werden können. Aus der deutschen Literatur der letzten Jahre sind nach dieser Richtung einige Arbeiten der Leipziger Schule zu erwähnen.

Es hat Krehl an Herzen mit Klappenfehlern in Folge endocarditischer Processe, sodann aber auch in einigen Fällen von sogen. idiopathischer Herzhypertrophie, neben parenchymatösen Veränderungen, auch fleckenweise auftretende interstitielle Wucherungen gefunden. Letztere bestehen in Proliferation des perivasculären Bindegewebes und führen zu Bindegewebshyperplasien, von denen jede einzelne zwar circumscript ist, die aber in ihrer Multiplicität über grössere Partien der Herzwand sich ausbreiten können. — Aehnliche Verhältnisse constatirte Romberg an Herzen von Typhus-, Scharlach- und Diphtheritiskranken. Ausser parenchymatösen Degenerationen fand er ausgesprochene interstitielle Veränderungen. R. neigt der Ansicht zu, dass letztere, ganz wie die parenchymatösen Veränderungen, direct auf die Einwirkung specifisch-toxischer, durch die Infectionskrankheiten erzeugten Substanzen zurückzuführen seien. — Endlich hat Kelle in seiner Arbeit über primäre chronische Myocarditis hervorgehoben, dass es primär interstitielle Wucherungsvorgänge innerhalb des Herzmuskels gebe, welche bezüglich ihrer Entstehung streng von sclerotischen Processen der Kranzarterien einerseits und von einer Klappenendocarditis andererseits abzugrenzen seien; fraglich ist es auch, ob sie ätiologisch mit Infectionskrankheiten in Zusammenhang gebracht werden können. Möglicherweise repräsentiren sie eine echte interstitielle idiopathische Myocarditis.

Seitdem nun Dehio seine Aufmerksamkeit diesen Processen zugewandt hat, haben ihn seine mikroskopischen Studien einerseits dazu geführt die Beobachtungen seiner genannten Vorgänger zu bestätigen, andrerseits haben sie ihn Besonderheiten der interstitiellen Bindegewebswucherungen kennen gelehrt die einer eingehenden Besprechung werth sind.

Untersucht wurden von ihm circa 40 Herzen. Darunter gab es 11 Herzen, die den verschiedensten Altersstufen, vom Säuglingsalter angefangen bis hinauf ins Greisenalter, angehörten, und die makroskopisch keine Spuren eines pathologischen Zustandes aufzuweisen hatten. Sodann folgte eine lange Reihe kranker Herzen: 11 Herzen mit chronischen Klappenfehlern verschiedenen Alters; 4 Herzen mit chronischer Arteriosclerose; 5 Herzen von Emphysematikern und an chronischer Lungentuberculose Leidender; je eins von Individuen mit Schrumpfniere und Lebercirrhose; 3 Herzen von Alkoholikern, ausgesprochene Formen des cor bovinum darstellend; ein Herz, welches der Leiche eines jugendlichen, an acuter Alkoholvergiftung zu Grunde gegangenen Individuums angehörte; in mehreren Fällen handelte es sich schliesslich um Infectionskrankheiten.

Die mikroskopische Analyse der Herzen wurde möglichst sorgfältig ausgeführt; um eine zuverlässige Anschauung von der Vertheilung und Ausdehnung des Processes zu gewinnen, wurde jedes Herz in eine grössere Anzahl von Segmenten zerlegt und aus jedem Segmente Serien von Schnitten angefertigt. Bei der Ausführung dieser mühevollen und sehr zeitraubenden Untersuchungen wurde Dehio von seinen Schülern, den Dr.Dr. Gurwitsch, Sack und Radasewsky in dankenswerthester Weise unterstützt.

Als Resultat seiner Untersuchungen constatirt Dehio nun Folgendes: Interstitielle Bindegewebshyperplasien innerhalb der Herzmuskulatur sind relativ häufige Vorkommnisse. Hierin kann Dehio nur die Angaben der eingangs erwähnten Autoren bestätigen. Doch muss er im Gegensatze zu ihnen betonen, dass die in Rede stehenden Processe nicht nur fleckenweise sich ausbreiten, d. h. kleine, circumscripte Heerde setzten, sondern sich diffus über grosse Bezirke der Herzwand ausdehnen können; es können von ihnen grosse Abschnitte sowohl der Ventrikel-, wie auch namentlich der Vorhofswände durchwachsen werden. Zu ihrer Constatirung gehört aber stets eine mikroskopische Durchforschung der Herzmuskulatur, denn dem unbewaffneten Auge können sich diese diffusen interstitiellen Bindegewebswucherungen vollständig entziehen.

Hält man diese erst in neuester Zeit gründlicher erforschten Bindegewebshyperplasien den schon längst bekannten Schwielenbildungen gegenüber, so drängt sich eine gewisse Analogie mit Verhältnissen an der Niere auf: hier wie da giebt es eben locale, begrenzte Narbenbildung und diffuse oder herdweise versprengte Bindegewebswucherung: Herzschwiele und Narbenbildung nach embolischen Infarkten einerseits, und diffuse Bindegewebshypertrophie des Herzens und Nierenschrumpfung andrerseits.

Was das mikroskopische Bild der interstitiellen Bindegewebswucherung anbetrifft, so zeigt letztere sich in ihren Anfangsstadien in einer bedeutenden Kernproliferation innerhalb der bindegewebigen, stärkeren und feineren Septa, welche die sich vielfach verflechtenden Muskelfaserbündel von einander trennen. Aus dieser Kernproliferation geht in vorgerückteren Stadien die Ausbildung fertigen, fibrillären Bindegewebes hervor, durch welches die Bindegewebssepta merklich verbreitert und verdichtet werden. Die Wucherung erstreckt sich sogar auf die feinsten, nicht nur zwischen den Muskelbündeln verlaufenden Faserzüge, sondern dringt sogar zwischen die einzelnen Muskelzellen ein. Während man an Querschnitten der normalen Herzmuskulatur kaum eine Andeutung von Bindegewebe sieht, weisen viele Präparate des Referenten um die einzelnen Muskelfasern ein Gitterwerk von hypertrophischem Bindegewebe auf. Es präsentirt sich somit die Bindegewebswucherung als exquisit interstitieller Process, der nicht nur auf das interfasciculäre Bindegewebe sich beschränkt, sondern sich sogar zwischen die einzelnen Muskelelemente hinein schiebt. Das Resultat der Wucherung ist natürlich eine sehr beträchtliche Zunahme des Bindegewebes des Myocards, und zwar auf Kosten der vom neugebildeten Bindegewebe umwucherten contractilen Muskelsubstanz; die Muskelfasern selbst atrophiren und gehen zu Grunde. Doch macht Referent darauf aufmerksam, dass er Bilder gesehen hat, die für eine gelegentliche Hypertrophie, eine auffallende Vergrösserung des Querschnittes einzelner Muskelzellen sprechen.

Im Wesentlichen handelt es sich also hier anatomisch um eine chronische diffuse progressive interstitielle Bindegewebshyperplasie mit damit parallel gehender Veränderung der Muskelfasern; man wäre somit berechtigt von einer sclerosirenden chronischen Entzündung des Myocards zu reden; da aber die Benennung «Cardiosclerose» von Franzosen bereits für den Zustand gebraucht wird, den wir als Herzschwiele bezeichnen, so proponirt Dehio für die von ihm eingehend studirte Form der interstitiellen Myocarditis den Namen «Myofibrose des Herzens».

Besonderes Interesse bot die histologische Untersuchung einzelner jener, bei makroskopischer Betrachtung scheinbar ganz intacten Herzen. Das Mikroskop deckte weit ausgedehnte diffuse Bindegewebswucherung auf, und Dehio gewann den Eindruck, als vermehre sich mit fortschreitendem Alter die Menge des diffus angebildeten interstitiellen Bindegewebes im Herzmuskel; im Greisenalter scheint sie eine gewöhnliche Erscheinung zu sein, und es liesse sich in diesem Falle in gewissem Sinne von einer «physiologischen» Myofibrose sprechen.

— Doch hat Referent denselben Process auch an den Herzen jugendlicher Personen beobachtet, und dieses bestärkt Referenten in seiner Ansicht, dass die Myofibrose ein krankhafter Process sui generis sei und an im Uebrigen vollständig unveränderten Herzen auftreten könne.

In noch höherem Grade ausgebildet fand sich die Myofibrose an solchen Herzen, die noch anderweitige pathologische Zustände aufwiesen, insbesondere endarteritische Processe an den Herzgefässen und Klappenfehler. Es liess sich durch das Mikroskop feststellen, dass in allen diesen Fällen die interstitielle diffuse Myokarditis als selbstständiger, von den anderen pathologischen Processen durchaus abzugrenzender Vorgang sich abspielt. Bezüglich ihrer Ausbreitung hielt sie sich nicht an die arteriosklerotischen Gefässbezirke; ebensowenig liess sie sich in Zusammenhang bringen mit den Wucherungs- und Schrumpfungsvorgängen, welche sich als Folge noch bestehender oder bereits abgelaufener endocarditischer Processe darstellen.

Als beachtenswerthe Eigenthümlichkeit der diffusen Myofibrose stellte sich ferner heraus, dass sie mit auffallender Bevorzugung der Muskulatur der Vorhöfe in diese viel intensiver hineinwucherte als in die Ventrikelwände; zwar erwiesen sich weder letztere noch auch die Papillarmuskeln von ihr verschont; auch hier zeigten sich häufig grosse Strecken betroffen; im Allgemeinen aber verbreitete sie sich am ausgedehntesten im Myocard der Atriumwände. Dieselbe Vertheilung der myofibrösen Wucherung, ihr Vorwalten an der Vorhofsmuskulatur, liess sich auch an den Herzen der Emphysematiker und jener Personen, welche an chronischer Lungentuberkulose litten, beobachten; schiesslich trat diese Eigenthümlichkeit an all den von Dehio untersuchten Herzen, welche überhaupt Erscheinungen der Myofibrose darboten, in unverkennbarer Weise zu Tage.

Dehio legt der eben erwähnten Ausbreitungstendenz der Myofibrose auf die Vorhofswände grossen Werth bei als einer Eigenschaft, die zur Klarlegung der Bedingungen. durch welche die diffuse Bindegewebshyperplasie hervorgerufen wird, beitragen kann.

Dehio glaubt nämlich nicht, dass den Giftwirkungen überstandener Infectionskrankheiten, der acuten Endocarditis und anderen toxischen Einflüssen, ein wesentlicher Antheil an der Aetiologie der diffusen interstitiellen Myocarditis einzuräumen sei. Dieses ätiologische Moment mag bezüglich der fleckweise auftretenden, makroskopisch leichter wahrzunehmenden interstitiellen Myocarditis, wie sie etwa von Romberg geschildert worden ist, seine Berechtigung haben. Für die von ihm selbst geschilderte diffuse Form der Myofibrose ist es jedoch keineswegs nothwendig auf jene toxischen Einwirkungen zurückzugreifen. Hier liegen augenscheinlich ganz andere Factore vor. Sind es doch die muskelschwächeren Vorhofswände, welche bei gestörter Herzaction unter der Last des gesteigerten intracardialen Druckes in ihrer vitalen Energie herabgesetzt und überdehnt werden; und gerade diese Herzmuskelabschnitte sind es, die von der diffusen chronischen interstitiellen Bindegewebshyperplasie bevorzugt werden. Hierin liegt ein deutlicher Wink für die Annahme, dass es in erster Linie mechanische Einflüsse seien, die für die Entstehung und Ausbildung der Myofibrose massgebend sind; Störungen der normalen Circulationsverhältnisse, Steigerung des intracardialen Druckes, daraus resultirende Ueberanstrengung einzelner Theile der Herzmuskulatur oder des gesammten Herzmuskels, welche schliesslich zur Erschlaffung der überdehnten Herzwandungen führt — das ist die Kette von Ursachen und Wirkungen, die in ihrer Totalität den Gesammteffect erzielt, der sich anatomisch unter dem Bilde der Myofibrose des Herzens darstellt.

Von diesem Gesichtspunkt aus wäre es vielleicht gestattet, die chronische diffuse Myofibrose des Herzens als anatomisches Substrat jenes Zustandes aufzufassen, den wir klinisch als chronische Herzschwäche in ihren mannigfachen Aeusserungsformen bezeichnen. An arteriosklerotischen Herzen, an Herzen mit Klappenfehlern und an sonstigen durch Krankheiten und Kreislaufsstörungen geschwächten und erschöpften Herzen würde dann die Myofibrose als ein die ursprüngliche Krankheit in verhängnissvoller Weise complicirender Process anzusehen sein. An den Herzen greiser Individuen könnte sie dagegen für das anatomische Aequivalent des «alternden» Herzens gelten dürfen, und hier könnte man sehr wohl von einer in gewissem Sinne «physiologischen» Myofibrose reden.

Zum Schlusse seines Vortrages bemerkt Referent, dass es ihm vielfach gelungen war an den nervösen Elementen jener Herzen, welche in ausgesprochener Weise der diffusen Myofibrose anheimgefallen waren, degenerative Erscheinungen nachzuweisen. Wie weit etwa diese Erscheinungen zur Erklärung der Entstehung und Ausbildung der Myofibrose des Herzens herangezogen werden müssen, — die Beantwortung dieser sehr interessanten aber noch so gut wie gar nicht beantworteten Frage kann nur durch fernere gründliche Untersuchungen geschaffen werden; vorderhand lässt sich hierüber noch gar nichts sagen.

Herr Westphalen schliesst sich bezüglich der Parallele zwischen den interstitiellen Erkrankungen des Herzmuskels und denjenigen der Niere, wie sie vom Referenten durchgeführt worden ist, vollkommen an. Sehen wir von der circumscripten schwieligen Myocarditis, die als ein Ausheilungsprocess einer Myomalacia cordis nach Coronararterienverschluss anzusehen ist ab, so dürfte, wenn er Referenten richtig verstanden hat, die diffuse chronische interstitielle Myocarditis in zwei Formen auftreten: 1) in einer mehr fleckigen und schon makroskopisch erkennbaren, und 2) in einer ganz diffusen über das Myocard verbreiteten Form, welche nur mikroskopisch nachgewiesen werden kann.

Die erste Erscheinungsform, die fleckige chronische interstitielle Myocarditis hat er noch vor kurzem bei der Section eines starken Potators gefunden und ist ihm hierbei die makroskopisch erkennbare parallele Gruppirung der Bindegewebszüge aufgefallen, was möglicherweise darauf hinweisen könnte dass die Bindegewebsneubildung hierbei von den Gefässen ausgeht. Wie Referenten, so will es auch Herrn Westphalen scheinen, dass bei dieser Form möglicherweise das aetiologische Moment in dem toxischen Einflusses des Alkohols zu suchen ist.

Auch was die zweite ganz diffus über das Myocard verbreitete Form der chronischen interstitiellen Myokarditis anbetrifft, so ist es in hohem Grade sympathisch wie solches auch Referent gethan hat, hierbei an eine mechanische Aetiologie zu denken, schon allein wegen der vom Referenten erwähnten Thatsache, dass gerade immer die jeweilig am stärksten gedehnte Ventrikel = resp. Vorhofswand erkrankt. Diese auf rein mechanische Entstehungsgründe hinweisende Thatsache erklärt Referent in biologischer Weise durch die Annahme einer Uebermüdung des jeweilig gedehnten Herzmuskels. Vielleicht liesse sich jedoch das Auftreten von reichlichem Bindegewebe im Myocard noch auf eine andere Weise durch mehr mechanische Momente erklären, durch die Voraussetzung einer Stauungshyperämie in den feinsten Venen des gedehnten Herzmuskels selber, als eine directe Folge einer stärkeren Dehnung des Myocards, derart dass der venöse Abfluss aus dem Myocard behindert wird, während die resistenteren Arterien in keiner Weise durch den verstärkten intraventrikulären Druck beeinflusst werden. Beispielsweise liessen sich solche Verhältnisse in Parallele bringen mit der Entstehungsweise einer venösen Hyperämie in einer meteoristisch aufgetriebenen Darmschlinge, wo gleichfalls der verstärkte Gasdruck den venösen Abfluss hemmt, jedoch den arteriellen Zufluss unbehindert lässt. Eine Folge einer solchen gewissermassen partiellen venösen Druckhyperämie des Herzmuskels, soweit derselbe einem stärkeren Blutdrucke ausgesezt ist, muss, einem allgemeinen pathologischen Gesetz nach, vermehrte Bindegewebsbildung sein. Demnach wird die vom Referenten geschilderte 2. Form der chronischen interstitiellen Myocarditis in Vergleich zu bringen sein mit den Folgen einer chronischen venösen Hyperämie verschiedener anderer Organe. die wir bei der Lunge als braune Induration, bei der Leber und Milz als cyanotische Induration der Organe bezeichnen.

Herr Dehio hat im Allgemeinen nichts einzuwenden gegen die Parallelen die der Vorredner zwischen der diffusen Myocarditis und den chronischen bindegewebigen Wucherungen an anderen Organen gezogen hat. Nur hätte er gegen eine zu weit gehende Nebeneinanderstellung dieser Processe das Bedenken in Erwägung zu bringen, dass stets eine venöse Hyperämie als Ausgangspunkt gefunden worden ist, während er in seinen Präparaten nirgends die Spuren einer solchen innerhalb des Bereiches der diffusen interstitiellen Bindegewebshyperplasie entdeckt hat. Man müsse auch annehmen, dass die venöse Hyperämie doch ziemlich gleichmässig über das Organ verbreitet wäre; dementsprechend müsste die diffuse Bindegewebswucherung sich auch recht gleichmässig über das ganze Myocard verbreiten, Wie er aber ausgeführt hat, trifft diese Voraussetzung nicht zu, sondern die Myofibrose habe doch ihre Prädilectionsstellen, bezüglich ihrer stärkeren Ausbildung, nämlich die Vorhofswände.

Herr Moritz meint, dass dort, wo der Zu- und Abfluss des Blutes im Allgemeinen gut geregelt ist und die Vertheilung der Blutfüllung keiner dauernden Störung unterliegt, doch die Bindegewebswucherung nicht so unbedingt vorübergehenden venösen Stauungszuständen zu folgen brauche. Muskelstarke Individuen die häufig forcirten Gebrauch von ihrer Muskulatur machen, insbesondere berufsmässige Athleten, schaffen doch willkürlich häufig hochgradige venöse Stauungen durch Behinderung des Blutabflusses aus einzelnen Theilen ihrer Musskelmassen; dennoch wird man schwerlich annehmen können, dass bei ihnen eine Disposition zur Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes in den Muskeln auf Kosten der eigentlichen Muskelsubstanz vorliegen sollte. In ziemlich analoger Weise müsste am Herzen die venöse Stauung in Folge von Beeinträchtigung der Blutcirculation innerhalb der Herzwände schon recht bedeutend sein um Anlass zu cyanotischen Bindegewebswucherungen zu geben. Da nun nach

Dehio's Aussagen, auch bei sehr entwickelter Myofibrose, von einer venösen Stauung nichts zu sehen war, so ist man doch wohl gezwungen anzunehmen, dass hier nicht cyanotische Zustände, sondern andere Ursachen zur interstitiellen Bindegewebshyperplasie geführt haben.

Herr Westphalen weist darauf hin, dass gerade im Herzmuskel eine Strombehinderung bei gedehnter und in ihrer functionellen Sufficienz herabgesetzter Muskulatur sehr bald zu erwarten sei, und sie müsse sofort und zunächst als Behinderung des venösen Abflusses aus den Kranzvenen in Erscheinung treten.

Herrn O. Hagentorn erscheint die vom Collegen Westphalen gegebene anatomisch-mechanische Erklärung der Myofibrose des Herzens sehr annehmbar zu sein.

Es ist bei Dilatation der Herzkammern eine locale Stase in jedem Bezirke der Herzwandung a priori wahrscheinlich, abgesehen von der Abflussbehinderung an den Mündungen der Herzvenen.

Bei bestehender Ueberdehnung der Herzwand ist die Ursache der Stase in der geringeren Behinderung des arteriellen Blutzuflusses im Vergleich zum Abfluss durch die Venen gelegen. Je dünner die Herzwand, resp. deren Muskelschicht, desto grösser muss die Differenz sein; deshalb wird die Myofibrose an den Vorhöfen stärker ausgebildet gefunden.

Was die Abwesenheit einer Myofibrose in dem Muskel eines Athleten anbetrifft, auf welche Dr. Moritz hingewiesen hat, so glaubt H. Hagentorn dieselbe zurückführen zu können auf die blos allmählich vorsichgehende Massenzunahme der Muskulatur und auf die im Bereiche der Möglichkeit liegende Anpassung der Gefässwandungen an die erhöhten Ansprüche, woraus sich die Fähigkeit einer ungestörten Regulirung der Circulationsverhältnisse ergiebt. — Eine solche Anpassung kann an einem Herzen, welches mehr oder weniger rasch in den Zustand der Dilatation seiner Kammern gerathen ist, nicht stattfinden.

Herr Moritz fragt den Vortragenden, ob ihm etwas darüber bekannt geworden sei, ob innerhalb der quergestreiften willkürlichen Muskeln Bindegewebshyperplasien vorzukommen pflegen, die einige Analogie mit den anatomischen Verhältnissen der von ihm als Myofibrose benannten diffusen interstitiellen Bindegewebswucherung aufzuweisen hätten.

Herr Dehio weiss nichts hierüber auszusagen.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

1261 Sitzung am 18. November 1896.

Herr Fremmert hält einen Vortrag «Ueber die Aetiologie der acuten Bronchitis».

(Der Vortrag ist bereits im Druck erschienen).

Discussion.

Herr Moritz wendet gegen den Vortrag ein, dass es wohl kaum möglich sei rein klinisch die hier gleichfalls in Schüben auftretende Influenza von den in der Statistik des Ref. aufgezählten Fällen sog. Erkältungsbronchitis abzutrennen. Ebensowenig ist er geneigt an das häufige Vorkommen der primären uncomplicirten Bronchitis ohne vorangehende catarrhalische Affection der oberen Luftwege zu glauben.

Herr Kernig spricht sich im gleichen Sinne aus, es gebe, den Erfahrungen und Anschauungen der letzten Jahre zufolge, überhaupt keine primäre selbstständige Bronchitis, dieselbe beruhe stets auf Infection, infolge von Influenza, Typhus, Masern, Tuberculose oder anderer Infectionskrankheiten. Auch in klinischer Beziehung schliesst er, Kernig, sich den Ausführungen seines Vorredners an, insofern auch er wohl kaum jemals eine primäre Bronchitis ohne catarrhalische Affection der höhern Respirationswege beobachtet hat.

Eine directe Beeinflussung der Statistik des Ref. durch die Influenza will Herr Serck in dem Umstande sehen, dass sich die Curve des Februar 1895 durch eine hohe Zahl von Bronchitisfällen auszeichnet, und gerade zu dieser Zeit in der Stadt eine besonders intensive Influenzaepidemie geherrscht habe.

Herr Schmitz bedauert, dass Ref. seine Untersuchung nicht auch auf andere Krankheiten, wie Angina, catarrhalische Laryngitis (Pseudocroup) catarrh. Pneumonie ausgedehnt habe, welche gleichfalls augenscheinlich mit Witterungsverhältnissen im Zusammenhang zu stehen scheinen. So glaube er die Bemerkung gemacht zu haben, dass plötzliche Barometerstürze oder Temperaturschwankungen Pseudocroup oder Bronchitiden bewirken, bei —3° bis —4° R. herum besonders Anginen beobachtet werden, während noch niedrigere Temperaturen auf die Entstehung von catarrh. Pneumonien von Einfluss zu sein scheinen.

Dem gegenüber weist Herr Kernig darauf hin, dass die croupöse Pneumonie sich hier am Orte in den Frühjahrsmonaten und auch in wärmeren Monaten wie April oder Mai zu cumuliren pflegt.

Herr Fremmmert betont in seiner Erwiederung, dass er nach Möglichkeit in seiner Statistik Influenza oder primäre Affectionen der oberen Luftwege versucht habe auszuschliessen. Natürlich finden sich in der Statistik Fehler, jedoch dürften dieselben kaum von Belang sein für das Gesammtresultat. Er befürwortet ferner den Herrn Moritz und Kernig gegenüber das thatsächliche Vorkommen einer primären nict infectiösen Bronchitis. Dieselbe unterscheide sich klinisch von der Influenzabroncbitis durch den milderen Verlauf, geringere Temperaturen und den Mangel jener starken Prostration, durch welche sich gerade die Influenza auszeichnet. Ueberhaupt mache es auf ihn den Eindruck, dass nach dem foudroyanten Auftreten der Influenza im Jahre 1889, die Influenza fälschlich allzu oft diagnosticirt werde in Fällen, wo nichts, als eine reine Erkältungskrankheit der Respirationsorgane vorliegt.

Herr Assmuth hält einen Vortrag «Ueber die Indicationen und Contraindicationen der Blasenspülung».

(Der Vortrag wird in der Petersb. med. Wochenschrift veröffentlicht werden).

Nachtrag bei der Protokollverlesung.

Herr Fremmert hat in Hinsicht auf die bei der Discussion aufgeworfenen Fragen sein statistisches Material revidirt und gefunden, dass sich Influenzafälle sehr gut von Erkältungsbronchitiden abscheiden lassen, dass ferner in der That einzelne Fälle von Influenza mit untergelaufen sind, welche jedoch keinerlei störenden Einfluss auf das Gesammtresultat zeigen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. Westphalen.

Vermischtes.

— Professor Dr. M. Nenski vom Institut für Experimentalmedicin ist anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums von der Kasanschen Universität zum Ehrenmitglied gewählt worden. (Wr.).

— Als Hauptdelegirter Russlands auf der zur Zeit in Venedig tagenden internationalen Pestconferenz fungirt der russische Gesandte in der Schweiz A. S. Jonin, welcher bereits 1891 in Venedig und 1892 in Dresden delegirter Russlands auf den daselbst abgehaltenen internationalen Conferenzen zur Berathung von Schutzmassregeln gegen die Cholera war. Als medicinischer Vertreter Russlands nimmt nach den «Mir. Otgol.» der Director des hiesigen Instituts für Experimental-Medicin, Prof. Dr. Lukjanow, an der gegenwärtigen Conferenz in Venedig Theil.

— Der Prof. der gerichtlichen Medicin an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Iwanowski ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Dem bekannten Pharmakologen Prof. Dr. Oscar Liebreich in Berlin ist das Ritterkreutz des französischen Ordens der Ehrenlegion verliehen worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Kasan ist der bisherige Consultant des Tiflis'schen Militärhospitals Dr. J. Praxin ernannt worden.

— Dr. A. A. Lichatschew hat sich mit Genehmigung der Conferenz der mil.-medicinischen Academie als Privatdocent für allgemeine Pathologie an der genannten Academie habilitirt.

— Der bekannte Wiener Balneologe und Begründer der wissenschaftlichen Hydrotherapie. Prof. W. Winternitz, beging am 9./21 Februar sein 49 jähriges Doctorjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm eine von seinen Schülern und Verehrern verfasste Festschrift überreicht wurde.

— Bei der vor Kurzem stattgehabten Neuwahl der Stadtverordneten für die Duma in Kasan wurden, wie der «Wratsch» erfährt, acht Aerzte gewählt, und zwar die Professoren Gay, Kasem-Beck, Lewaschow und Schtscherbakow, sowie die Dr.Dr. Godnew, Lwow, Nikolai und Sswjeschnikow. — Es dürfte wohl in der Geschichte der Städte Russlands zum ersten Mal vorgekommen sein, dass eine verhältnissmässig so grosse Zahl von Aerzten durch das Vertrauen ihrer Mitbürger zu «Vätern einer Stadt» berufen wurden.

— Verabschiedet: auf eigenes Ersuchen, der Consultent der ambulatorischen Heilanstalt I. K. H. der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Coburg-Gotha, wirkl. Staatsrath Dr. Traugott.

Dieser Nr. liegt ein Prospect über **«Rabow u. Bourget, Handbuch der Arzneimittellehre»** bei.

Довв. ценз. Спб. 15 Февраля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

— Verstorben: 1) Am 7./19. Februar zu Wernigerode am Harz Staatsrath Dr. Gustav Poelchau im 68. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Riga geboren und bezog i. J. 1849 die Universität Dorpat, wo er bis 1853 Medicin studirte. Nach Erlangung der medic. Doctorwürde i. J. 1861, bekleidete er von 1863–69 den Posten eines Kreisarztes in Riga und war zugleich als Mitvorstand in der Heilanstalt für Geisteskranke in Rothenburg bei Riga thätig. Doch bald entsagte er seinem ursprünglichen Berufe und siedelte mit seiner Familie nach Erlangen über, um sich dort dem Studium der Theologie (1873—77) zu widmen. Nach seiner Rückkehr nach Riga wirkte P. anfangs als Religionslehrer, dann als Inspector an der dortigen Stadtrealschule. In den letzten Jahren lebte er in Wernigerode, wo er sich mit literärischen Arbeiten beschäftigte. (D. Ztg.). 2) Am 29. Januar in St. Petersburg der freiprakticirende Arzt Selman Jochelson im Alter von nahezu 75 Jahren. In Wilna geboren und erzogen, studirte J. von 1848—53 in Dorpat Medizin. Nach Erlangung der Arztwürde i. J. 1857 liess er sich als Arzt in Disna (Gouv. Wilna) nieder, siedelte aber bald nach St. Petersburg über, wo er bis zu seinem Lebensende als praktischer Arzt thätig war. Der Verstorbene hat auch einige kleinere deutsche med. Werke ins Russische übersetzt. — 3) In Samara der Director des dortigen Gouvernements-Landschafts-Hospitals, Dr. Ackerblom, im 61. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus in der medico-chirurg. Academie i. J. 1861, war A. anfangs Arzt am hiesigen Alexanderhospital für Arbeiter und dann am Hospital aller Leidtragenden, worauf er auf Kosten der Regierung zur Ausbildung in der Psychiatrie in's Ausland geschickt wurde. Nach seiner Rückkehr 1869 erhielt er die Stelle des Directorsgehülfen am Bezirkshospital in Kasan und 1888 die Directorstelle in Samara. 4) Am 28. Jan. in Moskau der Arzt am dortigen Marienhospital W. J. Doilidow im 34. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich im Hospital inficirt hatte. — 5) In München der frühere Leibchirurg des Königs Maximilian II. von Bayern, Dr. Max von Schleiss-Löwenfeld, 88 Jahre alt. Der Verstorbene leitete eine Zeitlang stellvertretend die chirurgische Klinik in München nach Prof. Stromeyer's Berufung nach Freiburg und ist vielfach schriftstellerisch thätig gewesen.

— Der bisherige Privatdocent der Berliner Universität und Stabsarzt der med.-chirurg. Kaiser Wilhelm-Academie Dr. Erlich Wernicke ist zum ausserordentlichen Professor der Hygiene in Marburg ernannt worden.

— Dem Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. Main, Dr. Louis Rehn, der sich besonders durch seine Forschungen über das Myxödem und die chirurg. Behandlung der Basedowschen Krankheit bekannt gemacht hat, ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Professor an der medicinischen Schule in Kairo, Dr. Ruffer ist zum Präsidenten des Gouvernements daselbst ernannt worden. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Massregeln gegen die Pestgefahr. Die Allerhöchst eingesetzte Commission zur Verhütung der Einschleppung der Pest nach Russland entsendet eine unter der Leitung des Kiewer Professors der pathologischen Anatomie Dr. Wyssokowitsch stehende Expedition von Aerzten nach Indien behufs Studiums der Epidemie an Ort und Stelle. Die Expedition begiebt sich von Brindisi per Dampfer direct nach Bombay. In den Küstenrayon des Schwarzen und Asowschen Meeres ist eine besondere Commission zur Verhütung der Pestgefahr, bestehend aus dem Bevollmächtigten Fürsten Schachowskoi, dem Kasanschen Professor der Hygiene M. J. Kapustin, zwei Aerzte, 4 Officieren und 17 Untermilitärs. abgesandt worden. Ins Transkaspi-Gebiet sind 10 Aerzte abdelegirt worden, um Massregeln gegen eine eventuelle Einschleppung der Pest zu treffen. In Aschabad, Merw, Tedschen, Krasnowodsk und im Fort Alexandrowsk sind Sanitätscommissionen unter dem Vorsitz der Kreischefs organisirt worden. Die Quarantänelinie längs der russisch-bucharisch-afghanischen Grenze ist bereits eröffnet worden im Hinblick auf die Gerüchte, dass die Pest in Afghanistan ausgebrochen sei, was übrigens bis jetzt officiell nicht bestätigt ist. In Batum wird ein Lazareth für eventuelle Pestkranke errichtet. Ebendaselbst wurden 235 muhamedanische Pilger aus Kaschgar und Buchara, welche sich nach Mekka begeben wollten, zurückgehalten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Februar d. J. 8128 (121 mehr als in d. Vorw.), darunter 640 Typhus — (37 wen.), 871 Syphilis — (5 mehr), 178 Scharlach — (16 mehr), 96 Diphtherie — (3 wen.), 72 Masern — (7 mehr) und 26 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. Februar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
352	295	647	122	57	114	14	11	15	56	59	64	48	50	26	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 23, Diphtherie 24, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 1, Cholera nostras 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 95, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 57, Todtgeborene 30.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Februar 1897.**

Tagesordnung: Dr. Germann, Augenärztliche Beobachtungen in Syrien und Palästina; speciell über das Trachom in diesen Ländern.

✦ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. März 1897.**

XXII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 8 St. Petersburg, (6. März) 22. Februar **1897**

Zur Casuistik der Cephalhydrocele traumatica.

Von

Dr. A. v. Bergmann (Riga).

Billroth war der erste, der das Krankheitsbild der Meningocele traumatica spuria, für die in letzter Zeit die Bezeichnung Cephalhydrocele traumatica bevorzugt worden, schilderte und damit eine Reihe von Einzelbeschreibungen dieser interessanten Erkrankung auslöste. Die diese Fälle sammelnden und zusammenstellenden Arbeiten von Kappeler[1]), Bayerthal[2]), Christen[3]), de Quervain[4]), Eigenbrodt[5]) weisen eine rasche Steigerung der Zahl der bekannt gewordenen Fälle auf. Während Bayerthal über 22 Fälle berichtet, stellt Eigenbrodt bereits deren 40 zusammen. Rahm[6]), dessen Arbeit vorwiegend die einzuschlagende Therapie beleuchtet, zählt sogar 45 Fälle auf, denen Dembowski's[7]) operativ geheilter Fall und der in Nachstehendem mitzutheilende anzuschliessen wären.

Hat somit die Zahl der beobachteten und beschriebenen Fälle etwa ein halbes Hundert erreicht und ist das Krankheitsbild der Cephalhydrocele traumatica ein derart fest begründetes geworden, dass dasselbe in die Lehrbücher Aufnahme gefunden hat, so begegnet man in der Praxis mancherlei Meinungsverschiedenheiten über die Bedeutung dieser auch in forensischer Hinsicht wichtigen Erkrankung, ebenso ist die Frage nach der Art der Behandlung der Cephalhydrocele noch keineswegs abgeschlossen.

Der angeborenen Meningocele gegenüber ist festzuhalten, dass der traumat. Cephalhydrocele die Fractur eines Schädelknochens vorangegangen ist (Marjolin, E. v. Bergmann). In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle handelt es sich um das Seitenwandbein, welches in vertikaler Richtung fissurirt, einen mehr weniger ausgedehnten Spalt oder eine vollkommene Trennung in zwei Fragmente aufweist. Die ausgedehnten Spaltbildungen brauchen keineswegs von vornherein zu bestehen, sondern sind nach Weinlechner, Henoch u. A. in Folge von Resorptionsvorgängen an den Knochenrändern der ursprünglichen Fissur entstanden. Es scheint jedoch, dass derartige Vorgänge sich nur dort abspielen, wo es sich um einen kranken, und zwar rachitischen, Knochen handelt.

Eine weitere Bedingung zur Entstehung der Cephalhydrocele traumatica ist der Einriss der Dura mater, wenigstens ist in den zur Section gekommenen Fällen stets ein solcher nachgewiesen worden.

Endlich wird zur Erklärung des Zustandekommens einer Cephalhyrocele das Vorhandensein eines gesteigerten intracraniellen Druckes herangezogen, also eine mehr oder weniger ausgesprochene hydrocephalische Anlage, wie sie wiederum nur rachitischen Kindern eigenthümlich ist.

Die Cephalhydrocele kann als Folge einer schweren Geburt auftreten, wie das die Fälle von Billroth, Czerny, Nicoladoni, Rahm beweisen.

Ferner kann die Cephalhydrocele communiciren mit dem Seitenventrikel. Diesen Vorgang will Kundrat[8]) durch encephalitische Erweichung in dem durch das Trauma betroffenen Hirnrayon zu Stande gekommen wissen dadurch, dass die Erweichung nach beiden Seiten hin zum Durchbruch führt. Als charakteristisches Unterscheidungsmerkmal ist der traumatisch erworbenen Meningocele — gegenüber der angeborenen — das Fehlen der Dura

[1]) Kappeler. Ueber Meningocele spuria traumatica. Dissertation. Zürich. 1883.

[2]) Bayerthal. Ueber die im frühesten Kindesalter entstehende Meningocele spuria traum. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. VII. pag. 367.

[3]) Christen. Zur Casuistik der Meningocele spuria traumat. Beiträge zur klin. Chir. Bd. IX. pag. 245.

[4]) de Quervain. Ueber Cephalhydrocele traumatica. Langenb. Arch. Bd. LI. p. 459.

[5]) Eigenbrodt. Ueber Cephalhydrocele traumatica etc. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XI. p. 401.

[6]) O. Rahm. Ueber die operative Behandlung der Meningocele spur. traumat. Beitr. zur klin. Chir. Bd. XVI. p. 257.

[7]) Dembowski. Przeglad chirurgiczny. Bd. III. H. 1. Ref. Centralbl. f. Chir. 1896. p. 1101.

[8]) Kundrat. Wien. med. Presse. 1884. Nr. 1604.

in dem Sack der Meningocele vindicirt worden, allein Muscatello[9]) bestreitet in einer am pathologischen Institut zu Strassburg ausgeführten Arbeit die Betheiligung der Dura auch an dem Sack der angeborenen Meningocele. Er glaubt, dass auch bei dieser die verdickte Arachnoidea den Sitz der Flüssigkeitsansammlung bildet und hält die Mittheilungen über eine Verdünnung der ausgedehnten Dura, Auflösung derselben in Fibrillen für eine irrthümliche Auffassung der Sachlage.

Die Differentialdiagnose ist auch dort, wo keine anamnestischen Angaben vorliegen oder dieselben nicht den Eindruck voller Glaubwürdigkeit machen ohne besondere Schwierigkeit möglich.

Vor Allem ist der Sitz charakteristisch. Während die Cephalhydrocele mitten im fractuirrten Knochen — in der Regel ist es das Seitenwandbein — sitzt, tritt die angeborene Meningocele aus einer Lücke, welche die Medianlinie des Kopfes einhält, und sich zwischen zwei Knochen befindet, hervor. Dabei bevorzugt sie das Hinterhaupt und die Nasenwurzel in vorwiegender Weise. Fälle in denen eine angeborene Meningocele durch eine Lücke mitten im Knochen austritt — und zwar ist das am Stirn — Seitenwand und — Keilbein beobachtet worden — gehören zu den allergrössten Seltenheiten.

Ferner bietet die Schädellücke ganz typische Unterscheidungsmerkmale. Bei der angeborenen Meningocele ist sie glatt, meist rund oder oval, und klein gegenüber den mächtigen, den ganzen Knochen durchsetzenden Diastasen der Fragmente bei der Cephalhydrocele.

Die Knochenränder bei der Cephalhydrocele sind unregelmässig gezackt, es spielen sich hier, wie oben erwähnt, Resorptionsvorgänge ab, welche neben dem vermehrten intracraniellen Druck beschuldigt werden die Schädellücke zu verbreitern.

Endlich wird bei der Cephalhydrocele ein die Peripherie einschliessender knochenharter Wall palpirt in derselben Weise, wie man ihn nach länger bestehenden Hämatomen am Schädel findet, und wie er periostaler Reizung und Knochenbildung seine Entstehung verdankt.

Es sind also, um es zu recapituliren, für die Differentialdiagnose der Cephalhydrocele massgebend: der Sitz, die Beschaffenheit der Knochenlücke resp. der Nachweis der beiden Fragmente des fracturirten Knochens und der knöcherne periphere Grenzwall.

Auf diese 3 Momente hin ist die Diagnose der traumatischen Cephalhydrocele mit Sicherheit zu stellen, selbst da wo die anamnestischen Angaben fehlen oder den Verdacht erwecken als seien sie in doloser Absicht von den Angehörigen des Kranken gefälscht worden wie in nachstehendem Fall.

Die Behandlung der Cephalhydrocele mittelst Compressivverbands hat nur in wenigen und frühzeitig in Behandlung gekommenen Fällen Erfolge aufzuweisen gehabt.

Von den 45 Fällen, über die Rahm berichtet, sind 12 nicht operirt worden. Bei den übrigen 33 ist die einfache Punction, resp. mit mehrfacher Wiederholung, 25 Mal in Anwendung gekommen, und in 6 Fällen ist die Cephalhydrocele dadurch beseitigt worden, dagegen ist 9 Mal der Tod an Meningitis eingetreten.

Mit Punction und Jodinjection sind 3 Fälle behandelt worden, von denen 2 starben und 1 mit einem Hirnprolaps geheilt wurde.

Die mit Incision und Drainage behandelten 2 Fälle sind beide gestorben. Krönlein hat in 2 Fällen den Meningocelensack exstirpirt und drainirt. Beide Fälle sind geheilt, allerdings behielt der eine eine Knochenlücke nach, zu deren Schutz eine Kappe getragen werden musste, beim andern kehrten die auch schon vor der Operation bestehenden epileptischen Krämpfe 7—8 Monate nach derselben wieder.

Slajmer deckte durch einen Haut, Periost und Knochen haltenden Lappen nach der Methode von König den Defect, nachdem er den entleerten Meningocelensack sorgfältig von den Knochenrändern abpräparirt, eröffnet und ihn dann reponirt hatte. Seine 6-jährige Kranke genas vollständig.

Auch Dembowski hat in seinem Fall — bei einem 16 Monat alten Knaben — den Defect durch einen Periostlappen verschlossen und vollkommene Heilung erzielt.

Rahm plaidirt für die Methode Krönlein. De Quervain (Kocher) wirft der plastischen Deckung des Defects vor, dass wenn sie zur knöchernen Vereinigung führe, ein Sicherheitsventil gegen die etwaigen üblen Folgen des bestehenden gesteigerten intracraniellen Druckes ausgeschaltet werde, man solle also vor Allem bei bestehender Epilepsie mit dem knöchernen Verschluss der Lücke vorsichtig sein.

Weinlechner will nicht vor beendetem Gehirn- und Schädelwachsthum die Operation vorgenommen wissen.

Eigenbrodt neigt diesem Standpunkt zu, er will erst nach Jahrelangem Bestehen der Cephalhydrocele die Radikaloperation vornehmen und findet nur dann eine Indication für die Operation im zartesten Alter, wenn ein unaufhaltsames Anwachsen der Cephalhydrocele dazu dränge.

Aus dem Dargelegten geht jedenfalls hervor, dass man eine Behandlung mit Punction oder gar nachfolgender Jodinjection bleiben lassen soll. Der erste therapeutische Versuch wird in der Application eines Compressionsverbandes zu bestehen haben oder der Compression durch eine Platte, und wenn sich dadurch die Cephalhydrocele klein und flach erhalten lässt (König), so kann man sich die Radikaloperation reiflich überlegen resp. dem Standpunkt Weinlechner's Rechnung tragen.

Wenn aber die Cephalhydrocele wächst, dann ist es geboten zur Beseitigung derselben zu schreiten und scheint mir dazu der von Slajmer und Dembowski eingeschlagene Weg der einfachere und namentlich ungefährlichere zu sein, als die von Rahm so sehr befürwortete Krönlein'sche Methode, bei welcher das Drain 8—12 Tage liegen bleibt und dadurch eine primäre Verklebung des Operationsgebietes in seiner Totalität hintanhält.

In meinem Fall habe ich, nachdem die Compressionsbehandlung vollkommen im Stich gelassen hatte, den Verschluss des vertikalen, durchgehenden Knochenspaltes dadurch herbeigeführt, dass ich die beiden Knochenfragmente über dem entleerten und reponirten Cephalhydrocelensack durch Silbernähte vereinigte und die Weichtheilwunde darüber schloss. Fast zwei Monate nach der Operation habe ich den kleinen Patienten beobachtet und habe ich mich an seinem vollkommenen Wohlbefinden freuen können.

Am 16. Oct. 1896 wurde der 9 Monate alte G. Kl. in die chirurgische Abtheilung des Stadtkrankenhauses aufgenommen, in welcher seit dem 23. Mai seine Mutter sich befand, der wegen einer schweren Osteomyelitis das rechte Darmbein resecirt worden war. Der während der Krankheit der Mutter in fremde Pflege abgegebene Kleine soll nach Angabe des Vaters, eines wüsten Trunkenboldes, dem es auf einen Schadenersatz sehr anzukommen schien, durch Schuld der ihn wartenden Person am 30. Sept. aus der Wiege auf die Diele gestürzt sein. Es entwickelte sich eine Schwellung am Kopf. An dem wenig Tage nach der Verletzung in der Ambulanz des Krankenhauses vorgestellten Kinde constatirte der dejourirende Arzt ein Hämaton am linken Scheitelbein und entliess das Kind mit einem Compressivverbande.

Die Geschwulst schwand aber nicht, sondern wuchs zusehends, so dass der Vater das Kind am 16. Oct. zur Aufnahme ins Krankenhaus brachte.

Die Geschwulst hatte jetzt reichlich die Grösse einer halben Männerfaust, sie war transparent, liess sich durch Compression

[9]) Muscatello. Langenb. Arch. Bd. 47 pag. 112. Ueber die angeborenen Spalten des Schädels und der Wirbelsäule.

etwas verkleinern, wobei das Kind furchtbar schrie, Krämpfe oder Pulsverlangsamung jedoch nicht ausgelöst wurden. Eine Probepunktion mittelst Pravaz'scher Spritze ergab wasserklare Flüssigkeit.

Es wurde nunmehr eine Behandlung mit Compressivverbänden eingeleitet, welche jedoch absolut keinen Erfolg brachte. Der Tumor wuchs trotz des Verbandes stetig und drängten die Eltern zur Operation selbst auf die ihnen dargelegte Gefahr für das Leben des Kindes hin.

Am 8. Nov. mass die Peripherie des Tumors 29 Ctm., seine Höhe betrug $5^1/_2$ Ctm., der Tumor sass dem linken Seitenwandbein auf, er war transparent, beim Schreien des Kindes füllte er sich stärker, wurde ganz prall und konnte dann nur durch sehr starken Druck verkleinert werden, wobei jedoch Druckerscheinungen von seiten des Gehirns nicht auftraten. Gelang es den Tumor zu palpiren ohne dass der Kleine schrie, so konnte man nachweisen, dass an der Basis eine breitklaffende Lücke von reichlich Daumenbreite das Seitenwandbein in seiner ganzen Höhe durchsetzte, dasselbe in eine etwas schmälere hintere und eine vordere Hälfte theilend. Die Knochenränder dieses Spaltes waren uneben.

Die Peripherie des Tumors wurde durch einen deutlich erhabenen, knöchern sich anfühlenden Wall umsäumt.

Das Kind war zart, blass und hatte die gewöhnlichen Kennzeichen einer leichten Rachitis (sehr mässiger rachitischer Rosenkranz, geringe Epiphysenverdickung). Die grosse Fontanelle war weit offen, die Sagittalnaht klaffte auf Fingerbreite. Der Umfang des Kopfes betrug 48 Ctm.

Am 9. Nov. wurde Pat. in Chloroformnarkose operirt. Am sorgfältig rasirten, abgeseiften und mit Alkohol abgeriebenen Schädel legte ich den Hautschnitt so an, dass er die vertikale Längsaxe des Tumors in nahezu horizontaler Richtung, etwas von vorn oben nach hinten unten geneigt, kreuzte. Der Cephalhydrocelensack wurde freigelegt und hierauf der Knochenspalt sorgfältig frei präparirt. Am vorderen Fragment gelang es mit dem Raspatorium die Dura abzulösen, ohne den Sack zu verletzen, am hinteren Fragment jedoch riss der hier ungemein dünne Sack mehrfach ein und entleerten sich etwa 50—75 Grm. liquor cerebrospinalis, worauf durch einen solchen Einriss Hirn im Niveau der Spaltränder sichtbar wurde. Eine Abnormität war in der Gestalt der Hirnwindungen nicht zu constatiren. Die Blutfülle der Pia-Gefässe schien eine verstärkte zu sein. Der in Falten zusammengefallene Sack wurde mittelst Gazebäuschen gegen die Hirnoberfläche gedrückt und die Freilegung des Knochenrandes am hintern Fragment des Seitenwandbeines beendet.

Hierauf führte ich feinen Silberdraht mit kräftigen flachen (Hagedorn) Nadeln doppelt armirt durch jedes Fragment, indem ich darauf achtete nicht zu nahe an den Knochenrand zu kommen. Nachdem ich ein paar Drahtsuturen angelegt, zog ich probeweise an, sie schnitten nicht durch, die Knochenfragmente folgten dem Zuge und legten sich aneinander. Bei dem mehr in frontale Stellung hinausgedrängten hinteren Fragmente hatte ich einen Misserfolg gefürchtet. Von den übrigen Silbernähten, deren im Ganzen 6 angelegt wurden, schnitten zwei durch und mussten durch andere, weitergreifende ersetzt werden. Nachdem sie den Probezug jedoch alle bestanden hatten, wurden sie über dem in Falten zusammengelegten und reponirten Cephalhydrocelensack zusammengedreht und kurz abgeschnitten. Der Spalt war vollkommen vereinigt und hatten die Fragmente die normale Lage zu einander angenommen.

Die Weichtheilwunde — sie hatte einen oberen und einen unteren Lappen — schloss ich so, dass ich durch eine geringe Anzahl ganz oberflächlicher Suturen dafür sorgte, dass die Wundränder sich nicht an einander verschieben konnten, dann legte ich stärkere Nähte durch die Basis dieser Weichtheillappen derart, dass der Ein- und Ausstich sich jederseits an der Basis hielten und mit den Wundrändern weiter keine Beziehung hatten. Hierauf drückte ich durch ein Gazepolster die Weichtheillappen fest gegen die Knochenoberfläche und knüpfte nun die Suturen über dem Gazepolster. Die dadurch bezweckte Compression und sorgfältige Adoptirung der abgelösten Weichtheile wurde in bester Weise erzielt. Der Verband bestand aus sterilisirter Gaze und Watte und einer appretirten Marlibinde.

Als am 14. Nov. die Suturen entfernt wurden, war vollkommene Prima intentio eingetreten.

Ein paar unbedeutende Temperatursteigerungen im Verlauf der ersten beiden Wochen nach der Operation waren durch Verdauungsstörungen, sowie einen Schnupfen und Bronchialkatarrh verursacht. Im Uebrigen zeigte das Befinden keine Störungen, der Schlaf war gut, der Appetit ebenfalls. Zuckungen, Krämpfe oder Druckpuls sind, trotzdem sorgfältig darnach gefahndet wurde, auch nicht angedeutet vorgekommen.

Bei seiner Entlassung sollte der Schädel des Kleinen nach Röntgen durchleuchtet werden, um die Lage der Knochenfragmente und der Drahtsuturen zu bestimmen, doch war der Kleine so unruhig, dass dieser Versuch vollständig misslang.

Durch die Palpation konnte man sich überzeugen, dass eine schmale Lücke zwischen beiden Fragmenten nur ganz oben an der Sagittalnaht in höchstens $1^1/_2$ Ctm. Ausdehnung bestand, sonst war von einem Knochenspalt nichts zu fühlen, hier und da glitt der Finger über eine kleine Prominenz — die Knoten der Silbersuturen, welche völlig reactionslos eingeheilt waren.

Referate.

Prof. Dr. Krönig. Ueber Venaesectionen. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 42 und 43.

Albert Albu. Ueber die Indicationen des Aderlasses. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 43. 1896.

Bei gewissen gefahrvollen Zuständen sehen beide Autoren im Aderlass ein werthvolles, mitunter sogar lebensrettendes Hülfsmittel. Als Indicationen für denselben lassen sich folgende 2 Zustände aufstellen: 1) ein abnorm hoher Blutdruck bei starker Gefässspannung und Congestionen in den einzelnen Organen (mechanische Indication) 2) der Uebergang fremder Substanzen in das Blut (Intoxicationen) oder die Anhäufung normaler Stoffwechselprodukte in demselben (Autointoxication). Als Indication der ersten Gruppe kommt in Betracht die Apoplexia sanguinea. Wenn auch der Aderlass die Hirnhaemorrhagie nicht rückgängig machen kann, so kann durch plötzliche Herabsetzung des Blutdruckes der Umfang der Blutung eingeschränkt werden, der Hirndruck durch Erleichterung des venösen Abflusses vom Gehirn vermindert werden, so dass eine schnellere Erholung der gestörten cerebralen Functionen zu Stande kommt, unter Umständen kann auch durch die Venaesection eine drohende Apoplexie verhütet werden. Bei den oben genannten Indicationen genügt der Aderlass zuweilen bei Lungenoedem oder bei ausgedehnten massigen Infiltraten. Krönig schildert die Wirkungsweise der Venaesectionen in solchen Fällen folgendermassen: die erste Wirkung eines eingetretenen Lungenoedems oder sehr ausgedehnter Infiltrate, welche durch Compression das Lumen der Capillaren auf ein Minimum reduciren äussert sich in einer Kohlensäureüberladung des Blutes; diese erreicht durch gleichzeitig vorhandenes Fieber unter Umständen eine gefahrdrohende Höhe: es gesellt sich hierzu ein rein mechanisches Moment: eine Uebermüdung des rechten Ventrikels und Ausdehnung seiner Wandung. Die im Pulmonalgebiet stauende Blutmenge wird nur noch mühsam dem linken Herzen zugeschoben. Während der Druck im Pulmonalgebiet von Minute zu Minute steigt, sinkt er im Aortensystem: der Radialpuls wird kleiner, leicht comprimirbar; zu der schon vorher bestehenden Cyanose gesellt sich eine auffallende Anaemie des Gesichts. Der unmittelbare Erfolg des Aderlasses ist in solchen Fällen ein Nachlassen der Cyanose und der Dyspnoe, der Radialpuls wird kräftiger. Die geeignetste Zeit für die Venaesection ist die der zu erwartenden Krise möglichst nahe gerückte und zwar weil, wie Jürgensen besonders hervorgehoben hat, mit jeder Blutentziehung ein Ausfall von Sauerstoff stattfinde, der dem linken Herzen eine entsprechende Mehrarbeit auferlege. Diese Mehrarbeit kann vom Herzen anstandslos geleistet werden, wenn die Entfieberung nicht mehr lange auf sich warten lässt. Doch unter Umständen räth Krönig selbst im Beginne der Pneumonie zur Lanzette zu greifen und die kleine Operation mehrmals zu wiederholen, wenn durch die bekannten Analeptica die Gefahr der beginnenden Ermattung des rechten Herzens nicht hintan gehalten werden kann. Ein zweites grosses Gebiet von Krankheiten, bei welchen die Ueberlastung des kleinen Kreislaufes die Situation beherrscht, ist das Gebiet der fieberlosen Erkrankungen des Circulations- und Respirationsapparates. Ob man es hierbei mit Erkrankungen des Herzmuskelapparates oder seines serösen Ueberzuges, des Pericards zu thun habe, oder mit Kreislaufhindernissen, die dem rechten Ventrikel durch Untergang von Lungencapillaren, durch Compression der abführenden Venen oder durch ausgedehnte Pleurasynechien oder durch andere Momente erwachsen, ist für die Indication des Aderlasses von gleichem Belang. Es gelingt in solchen Fällen oft durch einen Aderlass die Ueberlastung des rechten Herzens zu beseitigen, seine Contractionsfähigkeit wieder herzustellen, und wenn die bekannten Cardiaca, wie Digitalis, Coffein Strophantus früher vollständig versagten, so wirken sie nach vorgenommener Venaesection wieder in vollem Maasse: Zu den Lungenkrankheiten, die den Aderlass indiciren, rechnet Albu auch die Bronchitis capillaris diffusa, wie sie am häufigsten und schwersten bei der Influenza beobachtet wird. Auch sah er überraschenden Effect des Aderlasses in einem Falle von acut entstandenem Pneumothorax, welcher zur Verdrängung des Herzens und hochgradiger Störung im Lungenkreislaufe geführt hat. Unter die zweite Gruppe der Indicationen des Aderlasses ist zu zählen die Anwendung desselben bei Ver-

giftungen mit Kohlenoxyd, Leuchtgas, chlorsaurem Kali und anderen Blutgiften; hier wird durch die Venaesection ein Theil des Giftes auf direktem Wege eliminirt und durch Anregung der Herzthätigkeit die Blutregeneration beschleunigt; häufig verbindet man in solchen Fällen die Venaesection mit der Transfusion. Von Autointoxicationen, bei welchen der Aderlass, namentlich in Verbindung mit Kochsalzinfusionen, nach Krönig frappante Erfolge erzielt, ist in erster Linie die Uraemie zu nennen. Albu hebt hervor, dass der Aderlass bei dieser Erkrankung möglichst früh vorgenommen werden müsse, weil er in den Fällen, wo der Organismus schon unter dem wiederholten Einfluss der Convulsionen gestanden hat, wirkungslos bleibt, während in frischeren Fällen die Krämpfe fast momentan sistiren. Contraindicirt ist nach Alba die Venaesection in denjenigen Fällen von Uraemie, wo es sich um chronische Schrumpfniere handelt, die mit schweren Compensationsstörungen, Herzschwäche etc. einhergeht. Auch bei Epilepsie sah Albu von wiederholten Aderlässen ausgezeichnete Erfolge. Was die Anwendung der Blutentnahme bei der Chlorose anlangt, so spricht sich Krönig sehr warm dafür aus, während Alba als entschiedener Gegner dieser Behandlung der Chlorose auftritt. In Betreff der Technik des Aderlasses, räth Krönig die Eröffnung der Vene etwas unterhalb des Lacertus fibrosus, weil hier die beiden Aeste der A. brachialis sich in die Tiefe begeben; man soll dabei nicht zu viel Blut entnehmen; am besten halte man sich an die Empfehlung von Dyes, so viel Cubikcentimeter Blut abzulassen, als der Patient Pfunde wiegt. Als milderen Ersatz des Aderlasses empfiehlt Albu die blutigen Schröpfköpfe. Durch Ansetzung von 10—12 Stück kann man schliesslich 30—40 g. Blut entziehen, zuweilen noch mehr, wenn man sie mehrmals ansaugen lässt. Für die Anwendung derselben sollen sich ganz besonders die acuten entzündlichen Erkrankungen der Lungen, der Pleura und des Pericardiums eignen.

Abelmann.

Johann Bokay: Der Werth des Bacelli'schen Verfahrens bei Leberechinokokkus von Kindern. Ungar. medic. Presse Nr. 2. 1797.

Das von Bacelli im Jahre 1887 publicirte Verfahren zur Radicalheilung des Leberechinokokkus besteht darin, dass an der grossen Convexität der Cyste mit einem dünnen, sterilen Troicart die Punction gemacht und nach Entleerung des Cysteninhalts 20 Kubikc. einer 1:1000 Sublimatlösung in dieselbe injicirt wird. Diese Methode hat Bokay bei 3 Kindern erprobt: Fall 1. $10^1/_2$ jähriges Mädchen wird mit einer Echinococcuscyste im rechten Leberlappen ins Spital aufgenommen; die untere Grenzlinie der Geschwulst reicht 2 Querfinger weit oberhalb der Umbilicallinie. Bald nach der Punction und Sublimatinjection war eine zweifellose Verringerung der Geschwulst zu constatiren. Fünf Monate nach der Operation zeigte die Leber normale Grenzen, das Allgemeinbefinden war vorzüglich. Fall 2. 13 jähriger Knabe, Leberechinokokkus reicht mit der unteren Grenze bis zur Nabellinie. Nach der Bacelli'schen Operation rasche Verkleinerung des Tumors, nach $1^1/_2$ Monaten war das Vorhandensein desselben nicht mehr nachzuweisen. Fall 3. 6 jähriges Mädchen, die untere Grenzlinie der Leberechinokokkuscyste überragt weit das Niveau des Nabels. Vier Monate nach der Operation war die Cyste nicht mehr nachzuweisen. In allen Fällen erwies sich die Methode als äusserst wirksam, dabei wurden keine schädlichen Nebenwirkungen auf den Organismus beobachtet. Eine Erneuerung der Cyste wurde ebenfalls nicht constatirt.

Abelmann.

Dahlgreen-Upsala. Drei mit Erfolg operirte Fälle von Thrombose d. Sinus transversus nach Otitis media. (Archiv für klinische Chirurgie. Band 52, Heft 3).

Im Anschluss an das Referat der Dr. Poulsen'schen Arbeit «cerebrale Erkrankungen nach Otitis media» sind die hier mitgetheilten Fälle gewiss von Interesse, — namentlich insofern in allen dreien die vena jugul. int. unterbunden wurde, wodurch keine störende Complicationen erwuchsen, ferner, dass im 1. Fall bei ausgesprochener Pyaemie mit metastatischem Muskelabscess, im 2. Fall bei beginnender Pyaemie mit gutem Erfolg operirt worden ist. — Beide Herrn erwähnen Körner's und Forselles' Statistik, aus der ersichtlich ist, dass die Unterbindung günstigere Resultate liefert.

Schiemann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. A. Amann, Kurzgefasstes Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik. 1897, Wiesbaden. Verlag von I. F. Bergmann.

In den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie, werden die Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane gewöhnlich nur kurz und stiefmütterlich behandelt. Dieses Capitel der pathologischen Anatomie ist ja auch zum grössten Theil von Gynäkologen bearbeitet worden. Gegenwärtig ist eine gute Diagnostik in der Gynäkologie ohne Mikroskop nicht denkbar. Anleitung zu solchen Untersuchungen giebt Amann in mustergültiger Weise. Das Buch enthält eigentlich mehr als sein Titel verspricht, indem es ein kurzgefasstes Lehrbuch der pathologischen Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane ist. Zahlreiche Zeichnungen mikroskopischer Präparate erleichtern das Verständniss seines Inhalts, dessen Darstellungsweise klar und prägnant ist. Wir können das Buch allen Specialcollegen bestens empfehlen.

W. Beckmann.

H. Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 4 Bd. 5 Aufl. 1897. Verlag von Urban und Schwarzenberg.

Mit dem soeben erschienenen vierten Bande des Eichhorst'schen Handbuchs der spec. Pathologie und Therapie liegt uns die 5 Auflage vollständig vor, worauf wir uns erlauben hinzuweisen, ohne dass es nöthig wäre die schon längst allgemein anerkannten Vorzüge dieses Buches hervorzuheben.

B.

R. Kossmann: Die geburtshilfliche Praxis. «Medicinische Bibliothek für practische Aerzte». (Leipzig. 1897. Verl. von C. Naumann).

Die «medicinische Bibliothek für practische Aerzte», die in einzelnen Bändchen alle für die ärztliche Praxis wichtigen Disciplinen umfasst, lässt in einem Doppelbändchen, von 219 Seiten obiges Werk von Kossmann erscheinen. Verfasser ist bestrebt die Geburtshilfe in ihren Hauptzügen zu schildern, wie sie der praktiscke Arzt thatsächlich ausübt, nicht völlig unter dem Gesichtspunkt der theoretischen Zusammengehörigkeit. Daher ist die Anordnung des Stoffes eine von der üblichen Form abweichende, vornehmlich nach practischen Gesichtspunkten gruppirt. Die Operationen werden z. B. nicht in summa unter einem besonderen Capitel abgehandelt, sondern finden im Anschluss an die Besprechung der betreffenden Kindslage etc. ihre Berücksichtigung. Das Büchlein zerfällt in die drei Abschnitte: Schwangerschaft, Geburt- und Wochenbett, zum Schluss findet sich ein kurzer Abschnitt über die Erkrankungen des Kindes. Der beschränkte Raum gestattet es nicht, auf die wissenschaftliche Seite ausführlicher einzugehen, es wird vielmehr dem Bedürfniss des practischen Arztes Rechnung getragen. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass das Büchlein natürlich auf der Höhe moderner Anschauungen steht.

Lingen.

F. Windscheid: Neuropathologie und Gynaecologie. Eine kritische Zusammenstellung ihrer physiologischen und pathologischen Beziehungen. (Berlin. 1897. Verl. von S. Karger).

Im Jahre 1895 erschien unter dem Titel: «Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynaecologischen Erkrankungen» eine Arbeit von Eisenhart, mit der sich Verf. ein grosses Verdienst und den Dank der Gynaecologen, sowie der Internisten erworben hat. In dieser vortrefflichen Monographie konnte natürlich auf die Beziehungen des Nervensystems mit dem weibliche Sexualapparat nur flüchtig eingegangen werden. Daher begrüssen wir das uns vorliegende Werk, das gerade die eben angegebene Frage behandelt, als ein passendes Seitenstück zu dem anfangs erwähnten mit unverhohlener Freude.

W. bespricht im ersten Theil die Beziehungen der physiologischen Functionen der weiblichen Genitalien zu Krankheiten des Nervensystems (Menstruation, Gravidität, Puerperium), alsdann die Beziehungen zwischen der Pathologie des weiblichen Sexualsystems und der Erkrankungen des Nervensystems, schliesslich die therapeutischen Beziehungen. Die Thatsache, dass schon die normale Menstruation eine Reihe graduell verschiedenartiger Erscheinungen auf dem Gebiete des Nervensystems auslösen kann, bedarf keines Beweises. Der höchste Grad der Uebererregbarkeit des Nervensystems während der normalen Menstruation stellt die Menstruationspsychose, gewöhnlich unter dem Bilde der Manie oder Melancholie dar, welche streng an den Zeitpunkt der monatlichen Reinigung gebunden, mit dem Eintritt dieser einsetzt und mit dem Aufhören derselben verschwindet und gewöhnlich eine gute Prognose giebt. Auch Hysterie und Epilepsie datiren nicht selten bei einem dazu disponirten Individuum von dem Eintritt der ersten Regel her. Die Beziehungen zwischen pathologischer Menstruation und der Erkrankung des Nervensystems sind doppelte: die Nervenerkrankung kann die Menstruation oder letztere die Nervenerkrankung beeinflussen, so gehören Menstruationsstörungen bei Morbus Basedowii, Chorea, chron. Morphinismus zu den nicht seltenen Begleiterscheinungen. Besonders ergiebig an allerhand nervösen Symptomen ist das Climacterium, wo Depressions- und Excitationszustände, Empfindungsstörungen, schmerzhafte Empfindungen, Circulationsstörungen, Hyperhidrosis, Psychose etc. zu Tage treten. In dem folgenden Abschnitt werden die Beziehungen der Gravidität zu den Nervenerkrankungen abgehandelt, dahin gehört in erster Linie die Hyperemesis gravidarum, die Schwanger-

schaftschorea etc. hin. Im Puerperium werden Neuritiden, Tetanie und Psychosen aller Art beobachtet.

Der Zusammenhang zwischen Genitalerkrankungen und Nervenstörungen kann ein zweifacher sein: entweder findet im Anschluss an ein locales Genitalleiden durch Zerrung, Druck etc. (Dislocation eines Organes, Tumoren) ein Nervenreiz statt, oder es ruft die primäre Genitalerkrankung eine secundäre allgemeine Nervenerkrankung hervor, welche aber immer ihren Grund in der Widerstandsunfähigkeit des Nervensystems hat, «ohne diese Bedingung bleibt die durch die Genitalerkrankung hervorgerufene Nervenerkrankung beschränkt auf ihr Gebiet und wird nicht weiter projicirt». Es folgt eine nähere Beschreibung der bei geschwächtem Nervensystem vorkommenden Neurosen, wie Hysterie in ihrer verschiedenen Abstufung, Mastodynie, Coccygodynie, Vaginismus, Pruritis etc. Die therapeutische Seite übergeht Verf. als Neuropatholog, indem er nur auf die Hauptgesichtspunkte ein Streiflicht wirft. Er leugnet nicht, dass es dem Gynaecologen in manchem Fall gelingen wird erfolgreich zu Werke zu gehen, kann aber mit Recht nicht umhin mit warnendem Wort der Polypragmasie zu gedenken, die hie und da um sich gegriffen. Lingen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

1262 Sitzung am 16. December 1896.

Herr Lunin hält, hierzu veranlasst durch die Mittheilung des Herrn Fremmert, (vergl. Prot. vom 18. Nov. 1896) gewissermassen zur Ergänzung des Themas einen Vortrag gleichen Inhalts:

«Ueber die Statistik der Erkrankungen der Respirationsorgane bei Kindern in St. Petersburg».

Sein Material gründet sich auf die Zahlenangaben in der Ambulanz des Elisabeth Kinderhospitals aus den Jahren 1870—1892. Das Material stammt nicht aus einheitlicher Quelle, sondern ist von verschiedenen Aerzten der Poliklinik des Hospitals zusammengestellt.

Zunächst muss erwähnt werden, dass das Kindesalter höheren Lebensstufen gegenüber ganz besonders zu Erkrankungen der Respirationsschleimhaut disponirt. Von allen in den genannten 22 Jahren verzeichneten Ambulanzfällen mussten 23,5% auf Erkrankungen der Respirationsorgane bezogen werden. Diese Ziffer wird nur durch die Erkrankungen der Digestionsorgane übertroffen, welche 37,3% der gesammten Ambulanzziffer ausmacht. Diese Disposition zu Erkrankungen der Luftwege erklärt sich durch die relativ grössere Schutzlosigkeit und ausnehmende Zartheit der Respirationsschleimhaut im Kindesalter. Wie Billard erwähnt, reagiren die meisten neugeborenen Kinder auf die Berührung mit der Aussenluft durch Niesen. Da ferner die Nase den übrigen Respirationsorganen augenscheinlich als eine Art Filter zu dienen hat, so ist es auch begreiflich, weshalb Kinder im 1-ten Lebensjahre ganz besonders häufig an Schnupfen erkranken. Ein weiteres aetiologisches Moment für die relative Häufigkeit der Erkrankungen der Respirationsorgane im Kindesalter sieht Kayser in dem Umstande, dass Kinder unter 1 Jahr vorwiegend auf dem Rücken liegen, wodurch auf rein mechanische Weise Schädlichkeiten besonders leicht in die Respirationsorgane eindringen können. Auch muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass bei Kindern die Entfernung von der Nase bis zu den Lungenalveolen eine kürzere ist, als bei Erwachsenen, und dass auch eine frequentere Respiration der Kinder eine häufigere Gelegenheit für das Eindringen von Schädlichkeiten in die Respirationsorgane abgeben muss. Allerdings erfolgt die Erkrankung der Respirationsschleimhaut erst dann, wenn letztere, wie Hang gezeigt hat, ihres normalen Flächenepithels beraubt ist. So lange dieses erhalten ist, pflegen die Schädlichkeitskeime durch die Flimmerbewegung wieder entfernt zu werden.

Was nun die Schädlichkeiten selbst anbetrifft, so könnte zunächst an die Einwirkung staubiger Luft gedacht werden, jedoch dürften gerade Kinder einer solchen seltener ausgesetzt werden als Erwachsene. Ebense gut lässt sich auch die Einwirkung schlecht ventilirter Räume mit CO_2 überladener Luft als aetiologisches Momont eliminiren.

Dagegen wird allgemein von allen Autoren auf den Einfluss niedriger Lufttemperaturen hingewiesen, als auf ein Moment, welches am häufigsten zu Erkrankungen der Respirationsorgane der Kinder führt. Wie Krieger gezeigt hat, handelt es sich hierbei keineswegs um eine directe Einwirkung der kalten Luft auf die Respirationsschleimhaut, sondern um eine indirecte Beeinflussung derselben durch Kältewirkung auf die Haut, Gefässcontractionen derselben und consecutive Hyperaemie der inneren Organe, also auch des Respirationstractus. Experimentell kann man bei Kaninchen durch Einsetzen derselben in ein kaltes Bad Diarrhoen, Abuminurie mit den mikroscopischen Zeichen einer intracellulären Entzündung und Blutgerinnselbildung in Lunge und Leber hervorrufen (Landois). Im gleichen Sinne pflegt die Entkleidung eines an einem Bronchialcatarrh leidenden Menschen mit Husten beantwortet zu werden, während wieder die Erfahrung lehrt, dass gerade Bronchialcatarrhe sehr gut durch Hautwärme z. B. durch einen Priessnitz'schen Umschlag um die Brust beeinflusst werden können. Wenn wir die Einwirkung der kalten Luft auf die Haut als eine Ursache von Erkrankungen der Luftwege anerkennen, so muss solches in noch höherem Grade der Fall sein, falls sich zu einer äusseren Kältewirkung das Einathmen sehr heisser Luft hinzugesellt. Auf diese Weise erklären sich auch die so häufigen Angaben der Mütter, dass ihr Kind bald nach dem Besuche der Badstube zu husten begonnen hätte.

Zu seiner eigenen Zusammenstellung übergehend macht Ref. zunächst darauf aufmerksam, dass, seinen Curven zufolge, die Ziffer für die Erkrankungen der Respirationsorgane mit geringen Schwankungen von Jahr zu Jahr zunimmt, was sich durch die zunehmende Frequenz der Ambulanz erklärt. Vom Jahre 1888 macht sich jedoch ein ganz plötzlicher Anstieg bemerkbar, welcher durch das Auftreten der Influenza begründet ist. Die Curve der Bronchitiden, und theilweise auch der katarrhal. Pneumonien folgt im Allgemeinen für die einzelnen Jahre vollständig der Curve der Erkrankungen der Respirationswege im Allgemeinen, während wiederum die Curve der Laryngitiden durch alle 22 Jahre hindurch mehr oder weniger eine horizontale Linie vorstellt.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankungen der Athmungsorgane überhaupt, gruppirt nach dem Alter der Kinder, zeigt die statistische Zusammenstellung, dass die grösste Ziffer auf das 1-te Lebensjahr fällt und mit den weiteren Jahren abnimmt. Bei Zugrundelegung der Tabellen aus dem Oldenburger Kinderhospital für 3 Jahre findet man, dass die meisten Bronchitiden und katarrh. Pneumonien im 1-ten Lebensjahre beobachtet werden, die Croupöse Pneumonie ihr Maximum im 2-ten Lebensjahre zeigt, während Tuberculose und Pleuritis besonders für spätere Altersstufen notirt sind.

Anscheinend widersprechen diese Zahlen der Beobachtung Kriegers, wonach die jüngsten Kinder zum Schnupfen, ältere zur Bronchitis, noch ältere zu Affectionen des Lungenparenchyms disponiren. Allerdings lasse sich von einer Hospitalsstatistik auch kein zutreffendes Resultat erwarten, da voraussichtlich nur wenige Mütter ihre Kinder eines Schnupfens wegen in das Hospital bringen werden, infolgedessen sich auch das Material einer Spitalpoliklinik mehr auf schwerere Erkrankungen stützen wird. Im Allgemeinen hat Ref. den Eindruck gewonnen, als ob Krieger thatsächlich Recht hat mit seiner Beobachtung, dass jüngere Kinder mehr zum Schnupfen, ältere mehr zu Bronchitiden und Pneumonie disponiren.

Bei einer procentischen Gruppirung seines Materials im Verhältniss zur gesammten Krankenziffer der Ambulanz hat Ref. gefunden, dass die meisten Bronchitisfälle auf das 1-te, 2-te und 3-te Lebensjahr fallen, dann in ihrer Frequenz sinken. Die katarrh. Pneumonien zeigen ein ähnliches Verhalten, nur mit dem Unterschiede, dass ihr Maximum auf das 2 te Jahr fällt, die croupöse Pneumonie ist in den 2 ersten Jahren selten und tritt namentlich erst mit dem 3-ten Jahre mehr in den Vordergrund. Die Tuberculose nimmt an Häufigkeit noch später zu.

Eine weitere bemerkenswerthe Thatsache ist die, dass Laryngitiden den Bronchitiden gegenübergestellt auffallend selten notirt sind. Es entfallen auf 50431 Bronchitisfälle nur 3935 Larynxkatarrhe. Krieger sucht dieses Missverhältniss durch die Annahme zu erklären, dass sich das Kindesalter durch eine geringere Disposition zu Larynxerkrankungen auszeichne.

Nach Monaten zusammengestellt zeigt die Statistik des Ref. dass der höchste Stand der Erkrankungen der Athmungsorgane auf die kalten Monaten fällt, zum Sommer hin abnimmt. In diesem Punkte stehen die Krankheiten der Respirationsorgane denjenigen der Digestion aus begreiflichen Gründen diametral gegenüber. Letztere zeigen ihr Maximum im Hochsommer, ihr Minimum in den Wintermonaten. Auch dadurch documentiren sich die Krankheiten der Luftwege als typische Erkältungskrankheiten.

Discusion.

Herr Schmitz macht auf einen Fehler in der Statistik des Ref. aufmerksam, insofern als dieser bei einigen seiner Tabellen, die auf die einzelnen Altersstufen der Kinder Bezug nehmen, nur die absolute Erkrankungszahl der jeweiligen Altersstufe der Kinder zu Erkrankungen der Respirationsorgane angiebt, dieselben aber nicht im Verhältniss zur Gesammtmorbidität eben dieser Altersstufe berücksichtigt.

In gleichem Sinne wendet auch Herr Moritz ein, dass Ref. das Verhältniss der Mortalität der einzelnen Altersstufen der Kinder zu einander nicht in Rechnung gezogen hat. Da in Russland von 100 Neugeborenen nur 67 das 2-te Lebens-

jahr erreichen, so müssen folgerichtig auch im 2-ten Lebensjahre weniger Kinder überhaupt, und an Respirationsorganen im Speciellen, erkranken, infolgedessen sei auch aus dem Ueberwiegen der Bronchitisfälle im 1-ten Lebensjahre gegenüber der analogen Zahl im 2-ten Jahre keineswegs der Schluss gestattet, dass das erste Lebensjahr gegenüber dem 2-ten besonders zu dieser Krankheit disponire.

Herr Fremmert glaubt, dass das statistische Material des Ref., welches aus einer Hospitalambulanz stammt, weniger einwandfreie Resultate geben muss, als das seinige, das sich auf ein Krankenmaterial unter normaleren Lebensbedingungen stützt und schon dadurch die Möglichkeit giebt von jedem Erkrankungsfalle seiner Clientel, den schweren und den leichten, Kenntniss erhalten zu können. Ins Hospital werden aber nur die schweren Fälle gebracht, die leichten entfallen mithin der Statistik, und müssen infolgedessen solche Hospitalsstatistiken ein Deficit der Casuistik aufweisen und gröbere Fehler in den Resultaten bedingen. Bezugnehmend auf die vom Ref. erwähnte Thatsache, dass die Bronchialschleimhaut relativ häufiger katarrhal erkranke als der Larynx, glaubt er, Fremmert, solches darauf zurückführen zu müssen, dass der Larynx durch seine theilweise Bekleidung mit Plattenepithel widerstandsfähiger sein müsse, als die mit Flimmerepithel ausgekleidete Bronchialschleimhaut.

Herr Westphalen hält es nicht für unmöglich, dass das relativ seltenere Befallensein des Larynx gegenüber den Bronchen nur ein scheinbares sei, welches auf die Classification der genannten Krankheiten in der Spitalsambulanz zurückzuführen ist, wo das Vorhandensein von Heiserkeit für Laryngitis spricht und das Vorhandensein von Husten ohne Heiserkeit als Beweis für eine Bronchitis angesehen wird. Letztere kann aber einwandsfrei nur durch das Vorhandensein von Rasselgeräuschen bewiesen werden, während Husten auch ohne Heiserkeit sehr gut für eine Kehlkopf-, oder wenn dasselbe hauptsächlich in der Rückenlage des Pat. erfolgt, für eine Nasenrachen- oder Pharynx-Affection sprechen kann. Wenn mann solche an sog. Erkältungskrankheiten leidende Patienten auscultirt, so findet man gewöhnlich (alle infectiöse Fälle ausgenommen) kaum je ein Rasselgeräusch über den Lungen und muss daraufhin annehmen, dass es sich im Gros aller Erkältungsfälle vorwiegend um eine Affection der oberen Luftwege (Nase, Nasenrachenraum, Larynx, Pharynx, Trachea) handelt, die Bronchitis nur relativ selten das Krankheitsbild complicirt.

Herr Kernig schliesst sich diesen Ausführungen vollkommen an, auch er hält, gestützt auf seine Erfahrung aus der Sprechstunde und im Aufnahmelocal der Kranken des Hospitals, falls es sich nicht um infectiöse Processe oder Asthma handelt, die acute Bronchitis für eine relativ recht seltene Krankheit und ist der Meinung, dass das vom Ref. in der heutigen und von Herrn Fremmert in der letztverflossenen Sitzung verarbeitete Material unter dem Titel «katarrh. Affectionen der oberen Luftwege» zu rubriciren ist und zur Bronchitis nur in der Beziehung steht, dass dieser Katarrh der oberen Luftwege nur in der Minderzahl der Fälle in Bronchitis übergeht.

Hierzu bemerkt Herr Fremmert, dass den Herrn Kernig und Westphalen, welche weniger Hauspraxis üben, ein anderes Krankenmaterial zur Disposition stehe, als ihm. Ebenso lasse sich, wie schon erwähnt, auch von einer Hospitalbeobachtung kein einwandfreies Resultat erwarten, da in das Krankenhaus eben nur die schwereren Fälle, voraussichtlich gerade Influenzafälle eintreten; ihm (Fremmert) kämen alle Kranken innerhalb ihrer häuslichen Verhältnisse zu Gesicht.

Herr Lunin giebt zu, dass Laryngitiden ohne Affection der Stimmbänder bei Erwachsenen, folg. auch ohne Heiserkeit, vorkommen können, bei Kindern dürfte jedoch solches sehr selten der Fall sein. Was den Einwand des Herrn Fremmert betrifft, dass seine, des Ref., Statistik keine fehlerfreien Resultate darbiete, so beansprucht Herr Lunin auch für dieselbe keine unanfechtbaren Resultate, schon allein aus dem Grunde, weil sein Material von verschiedenen Personen herstammt, mithin auch an einem Mangel einer einheitlichen Classification leiden muss. Andererseits wollte er, Lunin, aber das Material nicht unverwerthet lassen, da sich dasselbe auf sehr grosse Ziffern stützt. Gegen den Einwand der Herrn Schmidt-Moritz hat er, Lunin, zu bemerken, dass er in dem grössten Theil seiner Tabellen die gewünschte procentische Beziehung zur Gesammtmorbidität der jeweiligen Altersclasse thatsächlich berücksichtigt habe.

Herr Tiling referirt die Krankengeschichte einer an Incontinentia alvi leidenden Patientin, bei welcher durch Operation nach Gersuny ein gutes Resultat erzielt worden ist.

Nachdem Gersuny bei an Incontinentia urinae leidenden Frauen durch Lospräparirung der Urethra und Fixation derselben in torquirter Lage völlige Genesung erreicht hatte, veröffentlichte er vor 3 Jahren ein ähnliches Verfahren zur Beseitigung der Incontinentia alvi. In ähnlicher Weise wie bei der Urethra, so wird auch hier der Mastdarm frei präparirt, gedreht und in dieser Lage, bei der augenscheinlich ein elastischer Verschluss erzielt wird, wieder mit der Hautwunde vereinigt. Günstige Resultate dieses Verfahrens sind ferner von Wreden in Kiew mitgetheilt.

Bei der recht stupiden Patientin des Ref. konnte eine Anamnese überhaupt nicht erhoben werden, es wurde nur in Erfahrung gebracht, dass dieselbe seit 2 Jahren an der Unmöglichkeit die Faeces zurückzuhalten leidet und einmal in Helsingfors operirt ist, jedoch liess es sich nicht constatiren, welche Operation an derselben vorgenommen worden ist. Jedenfalls handelte es sich um einen sehr schweren Fall von Incontinenz, da Pat. in stehender Lage 2 daumendicke geformte Faecalklumpen verlor. Bei der Untersuchung finden sich am Anus 2 feste Narben, augenscheinlich Reste der Helsingforser Operation und eine völlige Functionslosigkeit des Sphincters. Infolgedessen operirte Ref. die Pat. am 19. Nov. a. c. im Evangel. Hosp., umschnitt den Anus ziemlich weit nach aussen an der Grenze der beginnenden Hautverfärbung, präparirte das Rectum auf 6 cm. hinauf frei, torquirte dasselbe um 180°, und da dadurch anscheinend kein genügender elastischer Verschluss erzielt wurde, noch um weitere 90°, also im Ganzen um 270°. In dieser Lage wurde nun das Rectum mit der Hautwunde vereinigt. Infolge Nekrose eines Theiles des Fettgewebes, erfolgte die Heilung per secundam. Jedoch ist der Effect ein sehr erfreulicher, da Pat. bei Anwendung von etwas Pr. Liquiritiae comp. bis jetzt, also 2 Monate nach der Operation ganz normal defaecirt.

(Demonstration der Patientin).

Discussion.

Herr Schmitz. Da hier 2 feste Narben vorliegen, so hätte möglicherweise durch Excision derselben auf weniger eingreifende Weise das gleiche Resultat erreicht werden können.

Herr Wanach. Die Gersuny'sche Operation ist bisher nur in wenigen Fällen ausgeführt worden und es fehlen Berichte über die Dauerresultate. Theoretisch lässt sich gegen die Operation einwenden, dass die Elasticität des torquirten Darmes, namentlich seiner Muskulatur, eine Rückdrehung erwarten lässt, die nach längerer Zeit den unmittelbaren Effect der Operation allmählich vernichten müsste. Beachtung verdient ein Vorchlag von Ch. Willems in Genf (Centralbl. f. Chir. 1893 Nr. 19), der nach Analogie der Hacker'schen Methode der Gastrostomie dem Mastdarm einen muskulären Schliesser zu schaffen sucht, indem er das frei präparirte Darmende durch den parallel seiner Faserung gespaltenen M. glutaeus maximus zieht und an die Haut in der Gegend des tuber ischii annäht. Fatienten, denen mit diesen neuen und wenig erprobten Methoden nicht zu helfen ist, würde Wanach die Colostomie nach Witzel machen. Letztere Operation hat Tiling mit vorzüglichem functionellen Resultat ausgeführt, indem bei seinem Kranken auch ohne künstlichen Schlussapparat kein spontaner Abfluss vom Darminhalt stattfand (cf. Protokoll des Vereins St. Petersburger Aerzte vom 28. Februar 1895. St. Petersb. med. Wochenschrift 1895 Nr. 22). Die Operation ist analog der Gastrostomie nach Frank und Ssabanejew. (Autoreferat).

Herr Tiling. Von einer Excision der Narbe musste schon aus dem Grunde abgesehen werden, weil es nicht unmöglich ist. dass schon die Operation in Helsingfors mit einer solchen Absicht unternommen worden war und kein befriedigendes Resultat gegeben hatte.

Ueber Dauererfolge nach der Methode Gersuny's lässt sich natürlich noch nichts aussagen. Auch hätte er, Ref., seinen Fall heute nicht vorgestellt, wenn nicht Pat. in ihre Heimath nach Finnland zurückkehren würde und die Gefahr vorliegt, sie ganz aus den Augen zu verlieren. Was die auf Muskelverschluss fussenden Methoden anbetrifft, so bringt er, Ref., denselben kein grosses Vertrauen entgegen, wofür ihm namentlich die ungünstigen Resultate des Muskelverschlusses bei dem Anus praeternaturalis zu sprechen scheinen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. H. Westphalen.

Vermischtes.

— Die Kaiserliche Militär-Medicinische Akademie bittet alle Personen, die im Besitz von Documenten sind, welche irgendwie auf die Geschichte der Akademie Bezug haben, solche zur Benutzung für die im nächsten Jahr herauszugebende 100-jährige Geschichte der Akademie an die Adresse des Directors der Akademie Geheimrath Prof. Paschutin einzusenden.

— Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe Dieselbe lautete für das Jahr 1896:

Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome.

Der Preis wurde Herrn Marinearzt Dr. Menahem Hodara (Konstantinopel) zuerkannt.

Die Preisaufgabe für das Jahr 1897 lautet:

Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen specifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1897 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Der Preis beträgt M. 300.—. Die Herren Proff. Krause (Berlin) und Hoyer (Warschau) haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genaue Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe 1897 sind von obengenannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

— Wir machen unsere Leser darauf aufmerksam, dass die Dr.Dr. A. Högerstedt und W. Bruns hier, ein chemisch-bakteriologisches Kabinet für klinische Untersuchungen eröffnet haben.

Adresse: Караванная ул., д. No. 18, кв. 6.

— Von allen Reisenden, welche aus irgend einem Grunde beim beginnenden Winter das milde Klima des Mittelmeeres aufsuchen wollen, wird mit grossem Interesse das Erscheinen der lange entbehrten neuen, vierten Auflage von Meyers «Riviera», Riviera di Ponente und di Levante, Südfrankreich, Corsica, Algerien und Tunis von Dr. med. Gsell Fels («Meyers Reisebücher», Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien, Preis gebunden 10 Mark) begrüsst werden. Ist doch gerade dieses Reisebuch das einzige, welches unter gleichzeitiger Berücksichtigung der auf der Reise nach dem Süden gelegenen klimatischen Stationen der grossen italienischen Seen (Gardasee, Lago Maggiore, Luganer- und Comersee), nebst Bozen-Gries und Meran, die gesammte Riviera als das behandelt, was sie ist, d.h. als ein zusammenhängendes Reisegebiet, und das dabei die klimatischen und hygienischen Verhältnisse aller Winterstationen des westlichen Mittelmeeres in erschöpfender Weise darstellt. Diese auf langjähriger eigner Anschauung des ärztlichen Verfassers beruhenden Angaben machen das Buch zu einem unentbehrlichen Rathgeber nicht nur für jeden Patienten, sondern auch für alle Aerzte. Ein vorzügliches Illustrationsmaterial von nicht weniger als 25 Karten und 30 Plänen, darunter seltene Pläne, wie die von Oran, Constantine, Tunis und der Oase Biskra, erläutert den ausgezeichnet geschriebenen textlichen Theil.

— Professor Dr. R. Kobert hat am 15. Februar die bisherige Wirkungsstätte in Jurjew (Dorpat) verlassen, um seine neue Stellung in Görbersdorf anzutreten. Die verschiedenen Veranstaltungen zu Ehren des Scheidenden lieferten wieder den Beweis, welche Liebe und Achtung Prof. Kobert sich bei seinen bisherigen Collegen, Schülern und Bekannten erworben hat und mit welchem Bedauern sein Scheiden von der baltischen Universität aufgenommen worden ist.

— Als Candidaten für den durch Prof. Kobert's Rücktritt vacant gewordenen Lehrstuhl der Pharmakologie an der Universität Jurjew haben sich, wie die von Prof. Wassiljew (Jurjew) redigirte Zeitschrift «Medizina» erfährt, die Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Dr. D. A. Kamenski und Dr. E. J. Kotljar, sowie der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. S. O. Tschirwinski gemeldet. Der «Nordlivl. Ztg.» zufolge, ist letzterer bereits zum Nachfolger Prof. Kobert's ausersehen worden. Dr. Tschirwinski hat zu der Zeit, als noch Prof. Kobert als Assistent des Prof. Schmiedeberg in Strassburg thätig war, als Praktikant am Strassburger pharmakologischen Institut längere Zeit gearbeitet.

— Der Ehrenleibchirurg Dr. N. F. Tichomirow, sowie die Professoren der militär-medicinischen Academie Belljarminow (Ophthalmolog) und Iwanowski (gerichtl. Medic.) sind zu berathenden Mitgliedern des gelehrten militär-medicinischen Comité's ernannt worden, unter Belassung in ihren gegenwärtigen Stellungen.

— Zum Präsidenten der (V.) balneologischen Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der Professor der mil.-med. Academie Dr. Pasternazki gewählt worden.

— Als Candidaten für den durch Dubois-Reymond's Tod erledigten Lehrstuhl der Physiologie an der Berliner Universität sind von der medicinischen Facultät Prof. v. Kries in Freiburg, Prof. Munk (Berlin) und Prof. Kühne in Heidelberg in Vorschlag gebracht worden, von denen der Letztgenannte übrigens die Berufung bereits abgelehnt hat. Andererseits verlautet, dass das Cultus-Ministerium den berliner Hygieniker Prof. Rubner, welcher viele rein physiologische Arbeiten veröffentlicht hat, zum Nachfolger Dubois-Reymond's in Aussicht genommen habe.

— Der ältere Arzt des Moskauer städtischen Wladimir-Kinderhospitals Dr. Wassiljewski ist als Nachfolger des verstorbenen Dr. Wulffius zum Director und Oberarzt des genannten Hospitals ernannt worden.

— Ordensverleihung: Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Prof. emer. der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Ssokolow (Chemiker).

— Ernannt: Der Divisionsarzt Staatsrath Dr. Besobrasow (Riga) — zum Militär-Medicinalinspector in Irkutsk, der ausserord. Professor der Universität Kasan, Dr. Fürst Argutinski-Dolgoruki — zum ordentlichen Professor der Pädiatrie an derselben Universität; der Gehülfe des Oberarztes des Kaiserlichen Katharinenkrankenhauses in Moskau, Staatsrath Dr. Carl Klein — zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Moskauer Universität, mit Belassung in seiner gegenwärtigen Stellung.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar in Moskau der Oberarzt des Alten Katharinenhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. v. Hindenburg im 64. Lebensjahre am Herzschlage. Als Sohn eines Arztes im Gouvernement Minsk geboren, erhielt er seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität und trat bald nach Beendigung des Cursus als ausseretätmässiger Ordinator in obengenanntes Hospital ein, an welchem er gegen 40 Jahre — in letzter Zeit als Oberarzt — thätig war. 2) In Minsk der dortige Arzt Anton Neumann im Alter von 68 Jahren. 3) Am 11. Februar in St. Petersburg der Arzt Victor Lewizki. 4) In Ssarapul (Gouv. Wjatka) der Kreisarzt, Staatsrath Robert Gottwald, 52 Jahre alt. 5) Der Divisionsarzt der 10. Infanterie-Division Staatsrath Alexander Juckelsohn im 56. Lebensjahre.

Als Candidat für den erledigten Lehrstuhl der Kinderkrankheiten an der militär-medicinischen Academie ist, ausser den von uns bereits namhaft gemachten vier Bewerbern, auch Dr. Alexander Russow, der dieses Fach bereits in den ehemaligen weiblichen medicinischen Cursen docirte, aufgetreten (Russ. Inv.-Wr.).

— Der bekannte Badearzt Dr. Georg v. Liebig in Reichenhall, ein Sohn des berühmten Chemikers gleichen Namens, beging vor Kurzem seinen 70. Geburtstag.

— Der Privatdocent für Physiologie an der Universität Heidelberg, Dr. Carl Kaiser, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Physiologie der Muskeln und Nerven, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.).

— Die Gesellschaft der Aerzte in Nishni-Nowgorod hat ein Comité von 12 Mitgliedern gewählt, welches Vorbereitungen zum Empfange der Gäste vom internationalen medicinischen Congress in Nishni-Nowgorod treffen soll. Die Gouvernements-Landschaft hat 200 Rbl. zu diesem Empfange bewilligt.

— In der Stadt Brjansk (Gouv. Orel) ist eine medicinische Gesellschaft in's Leben getreten, welche den Oberarzt des örtlichen Militär-Lazareths Dr. Georg Powarnin zu ihrem Präsidenten gewählt hat.

— Wie verlautet, ist auf ein bezügliches Gesuch des Präsidenten des Organisationscomités für den internationalen Congress in Moskau den Mitgliedern des Congresses das Recht der freien Rückfahrt auf den Eisenbahnen nach Schluss des Congresses bewilligt worden.

— Einer letztwilligen Verfügung Prof. Spencer Well's zufolge ist seine Leiche in Woking verbrannt worden.

— Wie die russische St. Pet. Zeitung erfährt, ist es auf Vorstellung des Ministers der Volksaufklärung zweien Jüdinnen, welche in Paris die medicinischen Studien absolvirt haben, gestattet worden, sich dem Arztexamen an der Moskauer Universität zu unterziehen.

— Das Portrait des verstorbenen Klinikers der militär-medicinischen Academie, Prof. Tschudnowski, wurde im Auditorium der therapeutischen Abtheilung des klinischen Militärhospitals, welche er zu Lebzeiten leitete, in Gegenwart der Professoren und Studenten der Academie feierlich enthüllt.

— Vom deutschen Reich ist zur Erforschung der Pest in Ostindien eine Commission entsandt worden, die aus dem Professor Dr. Gaffky (Hygieniker in Giessen) als Führer, dem Prof. Dr. Pfeiffer vom Institut für Infectionskrankheiten zu Berlin, dem bayrischen Assistenzarzt I. Cl. Dr. Dieudonné vom Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Privatdocenten Dr. Stricker (Giessen) besteht. Prof. Robert Koch wird sich dieser Commission anschliessen, falls er seine Arbeiten zur Erforschung der Rinderpest in der Capcolonie zeitig genug abschliessen kann.

(A. m. C.-Ztg.).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Februar d. J. 8078 (50 wen. als in d. Vorw.), darunter 630 Typhus — (10 wen.), 871 Syphilis — (0 mehr), 190 Scharlach — (12 mehr), 110 Diphtherie — (14 mehr), 79 Masern — (7 mehr) und 24 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. Februar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
396	276	672	161	63	92	19	15	16	53	68	55	55	40	24	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 18, Diphtherie 17, Croup 6, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Cholera nostras 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 3, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 30

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 4. März 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. März 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17 кварт. 19.
Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Довв. ценв. Спб. 21 Февраля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, 1. (13.) März **1897**

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird **in Pernau** und zwar **schon Anfang Juni dieses Jahres** stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ein Fall von Sclerodermie.

Von

Dr. G. Engelmann.

(Demonstration auf d. VIII. livl. Aerztetag.)

M. H.! Wenn ich es unternehme Ihnen einen Fall v. Sclerodermie vorzuführen so geschieht es einmal aus dem Grunde, weil es sich um eine, namentlich in einem so jugendlichen Alter immerhin seltene Erkrankung handelt, zweitens weil bei dem Dunkel welches immer noch über der Auffassung dieses Leidens in pathogenetischer Hinsicht herrscht, es geboten scheint jeden ausgesprochenen Fall einer Besprechung zu unterziehen um ihn der Casuistik einzureihen.

Die Patientin ist 12 Jahre alt und, abgesehen von den Masern, war sie bis zum Ende des vorigen Jahres stets gesund. Eine hereditäre Belastung nach irgend einer Richtung hin liess sich nicht nachweisen. Der Vater, die Mutter und die Geschwister sollen in jeder Beziehung gesunde Personen sein. Im November vorigen Jahres erkrankte das Kind an der Diphtherie und nach Ablauf derselben soll das jetzige Leiden begonnen haben. Die Anfangserscheinungen haben sich vollständig unmerklich ausgebildet, so dass die Mutter erst durch die Verschmälerung der Lidspalte, sowie die Starrheit und mangelnde Verschieblichkeit der Kopfhaut, die ihr beim Kämmen auffiel, auf die Veränderungen aufmerksam wurde. Ein ödematöses Vorstadium ist entweder nicht vorhanden gewesen, oder hat sich der Beobachtung entzogen. Späterhin stellte sich Frösteln ein das auch jetzt noch besteht, sowie Kälte der Hände. Ferner macht sich eine gewisse, nervöse Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit bemerkbar. Ohne sonstige, wesentliche Störungen bildeten sich allmählich die Verhärtungen der Haut aus. Einige Mal beobachtete man auf den angegriffenen Hautpartien erythemartige Eruptionen von kurzer Dauer. Im Mai des Jahres 1896 untersuchte ich die Patientin zum ersten Mal, als mich der College Dr. Behr, dem ich für die Ueberlassung des Falles hiermit meinen Dank ausspreche, zur Beurtheilung der Erkrankung hin bat.

Damals erstreckten sich die Erscheinungen über den Kopf, den Hals, die Schultern, Arme, die Brust, den Bauch bis zum Nabel, fast den ganzen Rücken bis auf die Glutäen. Der Thorax erschien von der sclerotischen Haut, wie von einem starren Panzer umgeben. Die Pat. verliess Riga und ich sah dieselbe erst einige Tage vor dem Beginn des Aerztetages wieder. Nach den Angaben der Mutter muss man schliessen, dass die Erkrankung nach ihrer Abreise aus Riga zunahm, da respiratorische Beschwerden eingetreten waren. Nach und nach hat sich an einzelnen Hautpartien eine entschiedene Besserung eingestellt.

Gegenwärtig lässt sich constatiren, dass die Erscheinungen am Rumpf zurückgegangen, ja fast ganz geschwunden sind, während am Kopf, Hals, den Schultern und Armen die Hautveränderungen fortbestehen. Wenn Sie die Patientin betrachten, so fällt zunächst der starre Gesichtsausdruck auf. Das Mienenspiel fehlt. Die Haut erscheint gespannt, stellenweise glänzend. Die Lidspalte ist beträchtlich verengt, der Mund wird nur mässig geöffnet, die Stirnhaut kann nicht gerunzelt werden. Die Hautfarbe ist durchweg normal. Besondere Pigmentirungen lassen sich nicht auffinden. Beim Betasten fühlt sich die Haut derb und hart an, bildet mit der Unterlage eine feste Masse und lässt sich nicht in Falten aufheben. Fingerdruck hinterlässt keine Depression. Die Haut

bietet an den Partien des Körpers die befallen sind, denselben Befund dar, besonders stark ist die Induration an den Schultern und Oberarmen. Die Haut kann nicht über der Unterlage verschoben werden. Die Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe ist keine scharfe, sondern eine allmähliche. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachzuweisen. Die Wärmeempfindung ist nicht alterirt. Die Reflexe sind deutlich gesteigert, namentlich der Patellarreflex, während sich ein Fussclonus nicht auslösen lässt. Der electrische Leitungswiderstand über den, bei den publicirten Fällen, divergirende Angaben existiren, scheint jedenfalls erhöht, da die Auslösung der Minimalzuckung am Ulnaris und Radialis beiderseits, eine Erhöhung der Milli-Amperezahl gegenüber den Angaben der Stinzing'schen Tabelle aufweist. Die übrigen Functionen erscheinen normal, die Schweisssecretion vielleicht etwas verringert.

Die Therapie der Sclerodermie ist selbstredend eine symptomatische, solange die Aetiologie derselben nicht aufgeklärt ist. Es sind denn auch eine ganze Reihe therapeutischer Massnahmen mit wechselndem, im Allgemeinen aber nicht sehr ermuthigendem Erfolge gegen das Leiden angewandt worden. Am günstigsten wirkte die Beeinflussung der Hauternährung durch eine allgemeine roborirende Diät, Massage, Bäder und eine electrische Behandlung. Einzelne Autoren erzielten günstige Resultate mit der Schilddrüsentherapie, dagegen lauten andere Berichte durchaus negativ, ja sogar ungünstig. Besonders sceptisch sind derartige einzelne, scheinbare Erfolge zu betrachten, weil eine spontane Rückbildung der erkrankten Hautpartien, auch ohne jede Therapie beobachtet wird, solange die Krankheit noch nicht in dem Stadium der Atrophie sich befindet. In diesem Falle bestand die empfohlene Therapie in Massage, Bädern und Leberthran. Trotzdem diese Massnahmen nicht angewandt worden waren, schwand doch in diesen Monaten ein Theil der Erscheinungen. Daher wäre in diesem Falle, da sich noch an keiner Stelle Atrophien zeigen, eine combinirte Bäder und Massagebehandlung, eventuell auch eine electrische Behandlung, zur Anregung der Gefässnerven, zu empfehlen.

Die Sclerodermie charakterisirt sich als eine chronisch verlaufende Erkrankung, deren Hauptsymptom in einem Hart- und Starrwerden grösserer oder kleinerer Hautbezirke — der Sclerose der Haut — besteht. Die klinischen Erscheinungen und mehr noch der Verlauf, weisen eine gewisse Vielseitigkeit auf. Man unterscheidet die localisirte, circumscript an einzelnen Stellen des Körpers auftretende Sclerodermie en plaques (Besnier) und die diffus über ganze Körpertheile ausgebreitete Form. Während das Allgemeinbefinden im Grossen und Ganzen längere Zeit hindurch, und bei den localisirten Formen überhaupt, keine wesentliche Alteration erfährt, bilden sich meist ganz allmählich und unmerklich, in anderen Fällen ziemlich schnell und unter auffälligeren Symptomen, die Hautveränderungen aus. Fehlen im Beginn der Erkrankung die Localsymptome, so kommt es nicht selten vor, dass die Patienten zufällig, beim Darüberfahren mit der Hand auf die Veränderungen aufmerksam werden. In anderen Fällen gehen der Ausbildung der Sclerose Prodromalerscheinungen voraus Seltener sind es Störungen des Allgemeinbefindens, häufiger dagegen Sensibilitäts-Störungen der verschiedensten Art: Parästhesien, Neuralgien, Störungen der Wärmeempfindung, Kältegefühle dazwischen mit Cyanose vergesellschaftet. Vasomotorische Störungen bilden verhältnissmässig häufige Erscheinungen in diesem Stadium, ja nach Heller und Levin[1]) sind sie sogar in den meisten Fällen vorhanden, es sind dies Oedeme und vorübergehende erythemartige Verfärbungen der Haut. Auf diese Vorläufer folgt dann die Ausbildung der eigentlichen Induration. Die Haut zeigt an den befallenen Partien entweder eine normale Farbe oder leichte Röthung, eine livide Verfärbung und mehr oder weniger deutliche Pigmentirungen. Häufig erscheint die Haut glänzend, speckartig oder auch matt weiss, wie gespannt und scheint der Unterlage «wie ein zu enger Handschuh» anzuliegen. Die sclerotischen Partien grenzen sich entweder scharf von der Umgebung ab oder gehen diffus in das gesunde Gewebe über. Hin und wieder ist als Abgrenzung ein röthlicher, etwas prominenter Rand beobachtet worden. Beim Betasten fühlen sich die erkrankten Stellen derb, oft brettartig, dabei meist kühl an und in ausgesprochenen Fällen hat man den Eindruck «als ob man die Haut eines gefrorenen Leichnams» berühre. Die Haut lässt sich nicht in Falten erheben und ist auf der Unterlage wenig, oder garnicht verschieblich. Das Gesicht erhält dadurch einen eigenthümlich starren, todten Ausdruck. An den Extremitäten kann es zu Einschränkung der Mobilität kommen. Die Temperatur ist an den ergriffenen Stellen oft niedriger als die der normalen Haut, in seltenen Fällen erhöht, vielfach aber auch vollkommen normal. Die Sensibilität der Haut pflegt nicht alterirt zu sein, obwohl einige Beobachter eine Abstumpfung des Tastsinnes angeben.

[1]) Heller und Levin, die Sclerodermie, Berlin 95.

Ueber die Talg- und Schweisssecretion herrschen abweichende Angaben, eine Herabsetzung derselben scheint häufiger beobachtet zu werden. Ein Befallen der Schleimhäute wird mehrfach beschrieben. Es finden sich dann bandartige, retrahirte Schleifen in der Schleimhaut der Zunge, des Pharynx und der Vagina.

Die subjectiven Beschwerden bestehen in Kälteempfindungen, Frösteln, in Jucken und in selteneren Fällen in Schmerzen von neuralgischem und rheumatischem Charakter. Druck auf die sclerotischen Stellen erzeugt Schmerz.

Nach den Ausführungen der umfassenden Arbeit von Heller und Levin durchläuft die typische Sclerodermie 3 Stadien: I. der Zustand des Oedems, II. der Induration, III. der Atrophie. Es empfiehlt sich diese Trennung beizubehalten da diese Stadien, in klinischer Beziehung und besonders in Bezug auf die Diagnose wesentliche Verschiedenheiten darbieten.

Die geschilderten Symptome gehören den beiden ersten Stadien an, (dem von Kapozi sogenannten «Stadium elevatum»). Die Krankheit kann in diesem Stadium progredient sein oder stationär bleiben, auch können die Erscheinungen an einzelnen Stellen in kurzer Zeit vollständig schwinden, um an anderen wieder aufzutreten. Endlich kann der Process auch hiermit sein Ende erreichen und eine vollständige Restitutio ad integrum eintreten.

Anders verhält es sich wenn die Erkrankung in das Stadium der Atrophie übergeht. Tritt dieses ein, so wird die Haut allmählich dünn, erscheint narbig, pergamentartig, weiss oder geröthet, häufig unregelmässig pigmentirt. Sie drückt auf die darunterliegenden Gewebe; das Fettgewebe schwindet vollkommen, die Muskeln und Fascien können der Atrophie anheimfallen. Es kommt zu Contracturen mit ihren Folgen, Decubitusgeschwüren etc... Ist dieses Stadium eingetreten so ist eine Restitutio ad integrum nicht mehr möglich. Heerde von geringer Ausdehnung können wohl ohne Beschwerden bis an das Lebensende stationär bleiben. Bei grösserer Ausdehnung pflegt jedoch eine wesentliche Alteration des Allgemeinbefindens sich einzustellen. (Beklemmungen, Herzklopfen und Dyspnoe, rheumatische und neuralgische Schmerzen, ein allgemeines Gefühl der Mattigkeit etc.). Dazu kommen die Störungen der Motilität und ihre Folgen, bis die Kranken an Marasmus oder intercurrenten

Krankheiten, wie Morbus Brighti, Lungentuberculose u. s. w. zu Grunde gehen.

In Bezug auf die Aetiologie lassen sich zur Zeit nicht viel mehr als Hypothesen aufstellen, eine einheitliche Auffassung ist bei der Verschiedenheit der Ansichten nicht möglich,

Hereditäre Einflüsse haben sich nicht nachweisen lassen. Vielfach werden Erkältungen, länger dauernder acuter und chronischer Rheumatismus angeführt, ferner verschiedene Infections- und Stoffwechselerkrankungen. Noch häufiger Erkrankungen des Nervensystems: Hysterie, Chorea, geistige Ueberanstrengung, Schreck, überhaupt Gemüthsaffectionen, Traumata, schwere Wochenbetten u. s. w. Die Annahme dass, entsprechend der Elephantiasis Arabium, Stauung der Lymphe in Folge mechanischer Hindernisse (Heller beobachtete Verödung des Ductus thoracicus) das ätiologische Moment sein könnte, haben weitere Beobachtungen nicht stützen können. Als auslösende Ursachen wird man einen grossen Theil der angeführten Momente wohl anerkennen können, das Wesen der Erkrankung erklären sie freilich nicht. In dieser Beziehung neigen die meisten Beobachter in neuerer Zeit dazu, einen Zusammenhang mit Erkrankungen des Nervensystems anzunehmen.

Sind auch in dieser Hinsicht die Beobachtungen, besonders die anatomischen, zu verschiedenartig und noch nicht genügend zahlreich, um aus ihnen mit genügender Sicherheit die Art dieser Erkrankung feststellen zu können, so weisen immerhin eine ganze Reihe klinischer Erscheinungen auf eine Alteration des trophischen und vasomotorischen Nervensystems deutlich genug hin, so dass Autoren wie Eulenburg und Strümner die Sclerodermie als Trophoneurose bezeichnen zu können glaubten. Einen wesentlichen Beitrag zur Klärung unserer Kenntniss dieser Erkrankung, bietet die oben genannte Monographie von Heller und Levin. Die Verfasser kommen auf Grundlage ihres grossen Materials zu der Ansicht, in der Sclerodermie eine «Angiotrophoneurose» zu sehen die, sowohl von den peripherischen Nerven, als auch vom Central-Nervensystem ausgehen kann. Die Erkrankung des vasomotorischen Centrums, das Fortschreiten von Theilcentrum zu Theilcentrum, erklärt den Verlauf und einen grossen Theil der Symptome der Sclerodermie. Die Lähmung der Gefässnerven bedingt eine Röthung der betreffenden Hautpartie, eine Erweiterung der Gefässe und schliesslich eine Schädigung der Gefässwandung. Der dadurch hervorgerufene Austritt von Serum veranlasst das Eintreten des ödematösen Stadiums. Der Austritt des Serums veranlasst anscheinend eine bessere Ernährung des Bindegewebes und consecutiv eine Hypertrophie desselben. Die Folge ist die Ausbildung der Induration, an welcher sich noch trophoneurotische Vorgänge betheiligen mögen. Nun werden die Gefässe verengt, arteritische Processe treten ein und die Hauttemperatur sinkt. Die Verödung der Gefässe schädigt allmählich die Ernährung des Gewebes, es kommt zur Ausbildung des III-ten Stadiums: der Atrophie. Auch die hauptsächlich an den älteren Stellen sich findende Pigmentirung, erklärt sich durch die vasomotorischen Veränderungen. Zur Erklärung der Wachsthumsstörungen der Nägel und Haare, der Ausbildung von Geschwüren, der Atrophie, der Muskeln und des Fettes müssten Erkrankungen der trophischen Centren angenommen werden. Ebenso wie durch Erkrankungen des Centrums, kann auch durch periphere Einflüsse eine Alteration der Gefässnerven eines bestimmten Bezirkes zu Stande kommen, z. B. bei den durch Trauma bedingten Fällen von circumscripter Sclerodermie. Dass diese Theorie die Symptome der Sclerodermie im Allgemeinen wohl zu erklären im Stande ist, ist nicht zu leugnen, so lange jedoch die histologische Untersuchung nicht den anatomischen Beweis geliefert hat, muss sie natürlich Hypothese bleiben.

Die anatomische Untersuchung der erkrankten Haut ergiebt übereinstimmend: an der Epidermis keine wesentlichen Störungen, dagegen in der Cutis eine Zunahme des Bindegewebes, mit Verkleinerung der zelligen Elemente, eine Zunahme der elastischen Fasern, (die allerdings einige Autoren leugnen) ferner Vermehrung des Pigmentes. Die Capillaren sind an Zahl vermindert, ihre Wandungen, namentlich die Adventitia und Intima sind verdickt, viele erscheinen obliterirt. Die Lymphgefässe sind verengt. Um die Gefässe finden sich Ansammlungen von Rundzellen. Das Unterhautfettgewebe, sowie die Hautdrüsen sind im Stadium der Atrophie atrophisch. Der Befund an den Nerven ist sehr schwankend, einzelne Beobachter fanden Degeneration, Verdickung des Perineurium. Waren die Muskeln mitbetroffen so fand sich eine Zunahme des Bindegewebes in denselben. Die Diagnose macht in ausgesprochenen Fällen kaum Schwierigkeiten.

Im Anfangsstadium könnte das Oedem allerdings zu Verwechselungen Veranlassung geben. Das Myxödem unterscheidet sich von der Sclerodermie durch die Störung des Allgemeinbefindens, die Alteration der Psyche und durch das Fehlen einer eigentlichen Sclerose.

Eine Verwechselung mit Lepra anästhetica ist möglich, wenn die Sclerodermie mit Sensibilitätsstörungen gepaart auftritt. In diesen seltenen Fällen, würde der weitere Verlauf die Differentialdiagnose ermöglichen.

Nachtrag.

Pat. wurde in der Folge c. $1^1/_2$ Monate hindurch täglich mit Massage, Bädern und abwechselnd mit dem constanten und dem periodischen Strom behandelt. (Innerlich erhielt sie Leberthran und Syrupus ferri jodat). Die Erscheinungen bildeten sich während dieser Zeit in sehr beträchtlicher Weise zurück. Die Stirnhaut konnte sogar etwas gerunzelt werden, die starre Induration an den Armen und überhaupt am Körper schwand völlig. Das Mienenspiel war, wenn auch in einem geringen Grade und wenig ausgiebig, vorhanden. Leider verliess die Kranke Riga, so dass die Beobachtung nicht abgeschlossen werden konnte.

Referate.

R. Koch und J. Petruschky: Beobachtungen über Erysipel-Impfungen am Menschen. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XXIII Bd. pag. 477.

In dieser nur 12 Druckseiten umfassenden Arbeit sind mehrere theoretisch und practisch wichtige Fragen besprochen und theilweise auch beantwortet worden: 1) Zunächst wird wieder die «Unität» des Streptococcus der Eiterung mit dem Erysipel-Streptococcus constatirt. 2) Ferner die grossen individuellen Unterschiede in der Empfänglichkeit, respective Widerstandsfähigkeit, verschiedener Menschen gegenüber demselben Streptococcus. Streptococcenimpfung in Dosen, welche die für Kaninchen sicher tödtlichen um das Millionenfache übertrafen, hatten sehr oft bei Menschen gar keine locale oder allgemeine Wirkung, viel kleinere Dosen dagegen bei anderen Menschen wohl. 3) Dann erwiesen sich dieselben Menschen sehr verschieden empfänglich gegenüber Streptococcen von verschiedener Herkunft. Es fanden sich solche, an denen nur Impfung mit Streptococcen von eitriger Peritonitis und Kopferysipel positiv waren; alle Streptococcen von anderer Herkunft blieben wirkungslos. 4) Die Frage, ob das Ueberstehen einer leichten Streptococceninfection vor neuer Infection schütze, muss verneint werden, da es z. B. an einer Frau gelang, 11 mal nach einander ein Impferysipel hervorzurufen in kurzen (1—2 Wochen) Intervallen, und zwar war das 11-te nicht schwächer als die vorhergehenden 10. 5) Prüfung der Marmorek'schen, Aronson'schen etc. Antistreptococcenserum. Durch Vorbehandlung mit diesem liess sich keine Immunität gegen darauffolgende Infection erzielen. Bei der vorher erwähnten Verschiedenheit im Verhalten des menschlichen Körpers gegen Streptococcenimpfungen ist es erklärlich, dass man zu so ver-

schiedenen Resultaten in Bezug auf Schutzimpfungen mit dem Serum gelangt ist. 6) Endlich wurden Krebskranke mit künstlichen Impf-Erysipelen behandelt. Sehr oft gelang es überhaupt nicht solche Erysipele hervorzurufen. Aber besonders lehrreich ist der schon erwähnte Fall einer Frau mit Mammacarcinomrecidiv, das noch nicht ulcerirt war. Elf Mal hinter einander gelang es Wandererysipele hervorzurufen, die wiederholt auch über die Brust hingingen. Ein Wachsthum der Krebsknoten fand in dieser Zeit gewiss nicht statt, dieselben wurden wirklich weicher, aber keiner verschwand und schliesslich wurden die Kräfte der Frau so reducirt, dass eine Fortsetzung der Versuche unmöglich war.

Masing.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Penzoldt und Stinzing: Handbuch der speciellen Therapie. Sechster Band mit 53 Abbildungen. Jena. Verlag von G. Fischer. 1895.

Dieser Band beschliesst das Handbuch der speciellen Therapie, welches in unserem Blatte zu erwähnen wir bereits mehrfach Gelegenheit hatten. Er ist von den Herren Brückner, Eichhoff, Eversbusch, Frommel, Kaposi, Kaufmann, Kopp, v. Leube, Pick und Hans Schmidt bearbeitet und umfasst die Behandlung der venerischen Krankheiten, die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, sowie der Haut. Wir brauchen kaum anzuführen, das alles, was wir über die früheren Bände gesagt haben, sich in vollem Maasse auch auf den vorliegenden bezieht und dass er vom practischen Arzte mit Vortheil und Vergnügen zu Rathe gezogen werden wird. — Den Herausgebern und dem Verleger des Sammelwerkes aber können wir unsere volle Anerkennung über die glückliche Lösung ihrer Aufgabe nicht versagen. Sie haben sich dadurch ein dauerndes Verdienst um die therapeutische Disciplin erworben. K—r.

Professor Dr. Otto Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Vorlesungen für Studirende und Aerzte. Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1896.

Das vorliegende Werk reiht sich den hervorragendsten Leistungen der deutschen Medicinischen Litteratur an; es ist von langer Hand vorbereitet worden, aus den Vorlesungen die Binswanger seit einer Reihe von Jahren auf der Jenenser Universität liest, entstanden und bietet thatsächlich eine vollständige und erschöpfende Darstellung dieser modernen Krankheit unseres Jahrhunderts. Der Verfasser imponirt durch die Sorgfalt und Genauigkeit, mit welcher die einzelnen Abschnitte behandelt sind, durch die Klarheit der Darstellung und durch die reiche praktische Erfahrung, welche aus jeder Zeile hervorleuchtet. Der Leser hört das Urtheil eines klaren Kopfes, der viel und scharf beobachtet hat, seine Erfahrungen auch auf's Beste zu verwerthen weiss. Von sehr grossem Werthe sind eben die in dem Werke eingestreuten zahlreichen Krankengeschichten, die in eindringlichster Weise vom Verfasser beleuchtet werden und somit zum leichteren Verständniss der verschiedenen Typen der Neurasthenie beitragen. In musterhafter Weise sind auch die Kapitel über die Prognose und Diagnose und über die Therapie der Neurasthenie abgehandelt worden, indem Verfasser ganz besonders bemüht war, den praktischen Bedürfnissen des Therapeuten gerecht zu werden. Es sei das Werk auf's Wärmste allen interessirenden Kreisen anempfohlen; der praktische Arzt wird aus dem Buche Anregung und Belehrung in Hülle und Fülle schöpfen.

Abelmann.

Dr. med. Felix Hirschfeld. Die Anwendung der Ueberernährung (Mastcur) und der Unterernährung (Entfettungscur). Frankfurt a. M. J. Rosenheim, Verlag. 1897.

Das kleine 100 Seiten umfassende Werk verdient unsere rückhaltslose Anerkennung und wärmste Empfehlung; es bringt in kurzen und klaren Zügen Alles Wissenswerthe auf diesem wichtigen Theil der Ernährungslehre und kann wohl als praktischer Rathgeber den Aerzten grosse Dienste leisten. Man erkennt beim Studium des Buches, dass Verfasser seine Weisheit nicht aus Büchern geschöpft hat, sondern dass er die praktische Erfahrung, welche ihm seine mehrjährige Thätigkeit an einem grossen Krankenhause bot, zu verwerthen verstanden hat. Er schildert zunächst die Ernährungsprinzipien unter physiologischen Verhältnissen, um alsdann auf sein Hauptthema überzugehen. An der Hand von zahlreichen Stoffwechseluntersuchungen übt er Kritik an den bisher üblichen Diätcuren und zeigt uns, worauf es am meisten bei der Beurtheilung derselben ankommt. Der Raum eines Referates gestattet nicht auf die Menge der interessanten und praktisch wichtigen Thatsachen, die vom Verf. hervorgehoben werden, einzugehen, auch soll ja nicht das Studium des Buches durch einen Auszug überflüssig gemacht, sondern nur auf den praktischen Werth desselben hingewiesen werden.

Abelmann.

Prof. Dr. W. Prausnitz (Graz): Grundzüge der Hygiene. 3. erweiterte und vermehrte Auflage. Verlag von J. F. Lehmann. München, 1897.

Kaum 5 Jahre sind seit der Herausgabe der ersten Auflage dieses Werkes verflossen, wie bald darauf eine zweite und jetzt eine dritte nöthig wurden. Die rasche Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen ist schon an und für sich eine gute Empfehlung für dasselbe und beweist, dass Verf. die an ein solches Werk gestellten Anforderungen in durchaus befriedigender Weise erfüllt hat. Das gesammte Gebiet der wissenschaftlichen Hygiene ist in dem Werke ziemlich gleichmässig berücksichtigt und durch zahlreiche schematisch gehaltene Abbildungen trefflich illustrirt. Studirenden und Aerzten, Technikern und Verwaltungsbeamten kann das Werk als werthvolles Nachschlagebuch dienen und wird gewiss dazu beitragen, Interesse und Verständniss für die öffentliche Gesundheitspflege zu vorbreiten. S.

Prof. Dr. Carl Arnold (Hannover): Repetitorium der Chemie. 7. verbesserte und ergänzte Auflage. Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig, 1896. Preis: M. 6.

Das allgemein bekannte Repetitorium der Chemie von Arnold, das uns jetzt in seiner 7. Auflage vorliegt, erfreut sich einer ungeheueren Verbreitung unter den Studierenden der Medicin, für die es in erster Linie bestimmt ist. Auf etwa 600 Seiten giebt es einen sehr vollständigen Ueberblick über die anorganische und organische Chemie mit besonderer Berücksichtigung aller physiologisch und therapeutisch wichtigen Verbindungen. Als Anhang sind in dasselbe die Beschlüsse des Kongresses zur Reform der chemischen Nomenklatur aufgenommen. Die verschiedenen Druckarten verleihen dem Buche eine grosse Uebersichtlichkeit. Dem Register wurde die grösste Sorgfalt zugewendet, so dass das Werk auch als Nachschlagebuch in der Praxis dienen kann. Einer besonderen Empfehlung bedarf das Werk nicht und wird sich auch fernerhin zahlreiche Freunde erwerben. S.

Prof. Dr. Fedor Krause (Altona): Die Neuralgie des Trigeminus, nebst der Anatomie und Physiologie des Nerven. Mit 2 Lichtdrucktafeln und 50 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1896. Preis 10 Mk.

Die fürchterlichen Qualen, denen die von schwerer Trigeminusneuralgie befallenen Kranken unterworfen sind, veranlassten den Verf. sich mit dieser Krankheit eingehender zu beschäftigen und die Frucht seiner Thätigkeit ist das vorliegende Buch. Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblicke giebt Verf. eine sehr ausführliche Erörterung der Anatomie des Quintus, dessen intracranieller Verlauf, namentlich die topographischen Verhältnisse, grösstentheils auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen an Leichen dargestellt wird. Es folgt darauf eine, hauptsächlich auf eigenen werthvollen Beobachtungen begründete, Darstellung der Physiologie des Trigeminus, dessen einzelne Functionen vom Verf. lange und eingehend an zahlreichen Patienten studirt worden sind. Auch die pathologische Anatomie, Symptome und Verlauf, Diagnose, Prognose und Aetiologie der Trigeminusneuralgie werden ziemlich ausführlich besprochen. Den grössten und wichtigsten Theil des Werkes bildet aber die Therapie, in dem Verf. nach einer kurzen Uebersicht der Allgemeinbehandlung zur Operativen übergeht. Letztere zerfällt in extra- und intracranielle Operationen, deren jede genau beschrieben und kritisch beleuchtet wird. Mehrfach betont dabei Verf. dass der operative Eingriff nicht als allerletzte Hilfe betrachtet und erst dann herbeigezogen werden soll, wenn alle anderen Mittel versagt haben. Viele Neuralgien, die im Beginne durch unbedeutende periphere Operationen geheilt werden könnten, werden durch ihr langes Bestehen verschlimmert und gelangen schliesslich zu einem Zustande, in dem keine periphere Operation von dauerndem Nutzen sein kann. Aber selbst die intracranielle Resection der Trigeminusäste wird nicht immer von einem sicheren Erfolg begleitet und mehrere Patienten des Verf bekamen einige Zeit nach dieser Operation sehr heftige Recidive. Er hält es desshalb für folgerichtig in allen Fällen, in denen die Eröffnung der Schädelhöhle bei der Trigeminusneuralgie überhaupt angezeigt erscheint, das Ganglion Gasseri sammt dem central davon gelegenen Trigeminusstamm, nach der von ihm schon im Jahre 1893 angegebenen Methode, zu entfernen. Das Buch ist für jeden Arzt von hohem Interesse, besonders lehrreich aber für den Chirurgen; wir können desshalb das Studium desselben recht warm empfehlen. S.

Prof. L. Edinger: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Fünfte Auflage. Leipzig, F. C. Vogel. 1896. Preis 10 M.

Die vorliegende fünfte Auflage des bekannten und geschätzten Buches ist durch einen neuen grossen Abschnitt: die vergleichende Anatomie des Centralnervensystems, bereichert worden. Derselbe soll ein erster Versuch zur übersichtlichen Darstellung alles dessen sein, was bis jetzt über die Entwickelung des Centralnervensystems der Thierreiche bis zum Menschen bekannt ist. Dass der Verfasser selbst durch vielfache eigene Untersuchungen an der Klarlegung dieses noch wenig bebauten Gebietes mit Erfolg gearbeitet hat, beweist er in zahlreichen Belegen. Und wir stimmen vollkommen mit ihm überein, wenn er an einer Stelle sagt: «Wahrlich kaum etwas lehrreicheres und interessanteres auf morphologischem Gebiete lässt sich finden als ein Blick auf das Werden des Gehirnes, auf das Vortreten oder Zurücktreten einzelner Theile, auf die Entwickelung ungeheurer Massen aus Theilen, die bei anderen Thieren noch rein epitheliale Häute darstellen».

Die neue Auflage ist wiederum um eine Anzahl vorzüglicher, äusserst instructiver Abbildungen (im Abschnitt über vergleichende Anatomie allein 99) bereichert worden. Die ganze Ausstattung ist eine musterhafte. Mögen nicht nur Aerzte sondern auch Studirende sich durch eingehendes Studium des Werkes von den Vorzügen desselben überzeugen.

Weyert.

Prof. C. Flügge: Die Mikroorganismen. 2 Theile. Verlag von F. C. Vogel. 1896. Preis 36 M.

Das Flügge'sche Lehrbuch ist in der neuen Auflage einer völligen Umarbeitung unterworfen worden, was zum Theil dadurch erklärlich ist, dass die verschiedenen Abschnitte von verschiedenen Autoren bearbeitet wurden, zum Theil dadurch, dass in den letzten 8 Jahren, nach Erscheinen der zweiten Auflage, gerade auf dem so fruchtbaren Gebiete der Bakteriologie eine Menge neuer Ergebnisse zu Tage gefördert worden ist. Diesen gerecht zu werden hielt sich Flügge allein nicht im Stande und übertrug daher die Neubearbeitung seines Buches seinem Assistenten E. Gottschlich, seinem früheren Assistenten W. Kruse (Bonn), Prof. R. Pfeiffer, Dr. P. Frosch und Dr. W. Kolle, letztere 3 vom Koch'schen Institut in Berlin. Auf diese Weise erst wurde es möglich die einzelnen Abschnitte einer gründlichen Durchsicht und theilweisen Neubearbeitung mit Berücksichtigung der überreichen Litteratur zu unterziehen, wobei den Verfassern volle Selbstständigkeit gelassen wurde. Dass trotzdem ein einheitlicher Gesichtspunkt dank der controllirenden Hand *Flügge*'s gewahrt wurde, wird jeder, der dieses ebenso inhaltreiche als vollständige Lehrbuch der Bakteriologie studirt, anerkennen müssen. Bereits in der zweiten Auflage seines Werkes machte Flügge den Versuch, eine wenn auch vorläufige, so doch praktisch brauchbare, hauptsächlich auf Kulturmerkmale gegründete Systematik und diagnostische Differenzirung der Bakterien zu liefern. Ihre Lebensbedingungen wurden schon damals eingehender und erschöpfender behandelt als es bisher geschehen war. In der vorliegenden Auflage ist dieses Princip noch weiter durchgeführt worden, wie auch aus der folgenden kurzen Inhaltangabe des ersten Bandes (596 Seiten) ersichtlich ist. Nach einer geschichtlichen Einleitung von Gottschlich, behandelt der erste von Kruse und Frosch bearbeitete Abschnitt die allgemeine Morphologie der Mikroorganismen, der zweite Abschnitt (Kruse und Gottschlich) die allgemeine Biologie. Im dritten Abschnitt bespricht Pfeiffer das Vorkommen und die Fundorte der Mikroorganismen. Der vierte Abschnitt enthält die Methoden zur Untersuchung der Mikroorganismen von von Kolle Den zweiten Band (750 Seiten) füllt die Systematik aus, in deren Bearbeitung sich wieder obengenannte Autoren getheilt haben. Die Faden- und Sprosspilze sind von Frosch bearbeitet, die Streptotricheen von Kruse, das grosse Gebiet der Bakterien von Kruse (Bacillen), Frosch, Kolle (Mikrokokken) und Pfeiffer (Spirillen), endlich die Protozoen von Kruse. Ein ausserordentlich sorgfältig ausgearbeitetes Register bildet den Schluss dieses fundamentalen Lehrbuches, das wir besonders den Hospitalärzten empfehlen möchten.

Weyert.

L. Löwenfeld: Lehrbuch der gesammten Psychotherapie. Wiesbaden, Verl. v. J. F. Bergmann, 1897. 256 pag.

Das Buch enthält die erste Darstelllung des ganzen Gebietes der Psychotherapie, nicht nur der Hypnotherapie; letztere ist ja nur ein Theil jener. Bei dem zur Zeit üblichen Bildungsgange des Medicin Studierenden werden Psychologie und die auf ihr fussende Psychotherapie so gut wie gar nicht berücksichtigt. Die grundlegende Bedeutung dieser Fächer wird Jedem klar, der nur einmal sich die Mühe genommen hat, Einblick zu erhalten in den gewaltigen Einfluss geistiger Vorgänge auf körperliche. Diese Lücke in der Vorbildung des jungen Mediciners will das Buch ausfüllen, will ihm die Wege weisen, «auf welchen die in der menschlichen Psyche liegenden Heilkräfte bei Krankheiten nutzbar zu machen sind.»

Als Einleitung dient eine Darlegung der Hauptthatsachen der medicinischen Psychologie. Daran reiht sich ein Abschnitt über die Psyche des Kranken. Das Capitel «allgemeine Psychotherapie» gliedert sich in 2 Unterabtheilungen: psychische Behandlung im weiteren Sinne und besondere psychotherapeutische Verfahren. Zu letzteren zählen: psychische Gymnastik, Suggestivbehandlung, und zwar im Wachzustande und in der Hypnose, ferner die Brener-Freud'sche Methode (in der Hypnose wird nach dem primären psychischen Trauma gefahndet), dann die Emotionstherapie (Behandlung durch Erregung von Affecten), endlich die Wunder der «Glaubens» und Gebetkuren. Im Abschnitte über specielle Psychotherapie nehmen die Krankheiten des Nervensystems selbstverständlich den grössten Raum ein, doch finden auch alle anderen Organapparate ihre Besprechung, da es eben kein Körpergebiet giebt, welches nicht in der einen oder anderen Weise diesen Behandlungsmethoden zugänglich wäre.

Michelson.

H. Schmidt. L. Friedheim. A. Lamhofer und J. Donat. Diagnostisch-therapeutisches Vademecum für Studirende und Aerzte. II. Auflage. Verlag von J. Ambrosius Barth. Leipzig, 1896.

Vor kurzem ist bereits in seiner zweiten Auflage dieses kleine Vademecum erschienen, an dessen Zusammensetzung vier tüchtige Mediciner sich betheiligt haben. In der Reihe der vielen Compendien, Taschenbücher der Diagnostik u. s. w. nimmt es keine zu unterschätzende Stelle ein, in sofern es für den practischen Arzt bequem und zweckentsprechend verfasst ist. Es bietet nur die klinische Diagnostik und Therapie der wichtigsten Krankheiten in möglichst gedrängter und übersichtlicher Form und umfasst vier der wichtigsten Gebiete der Gesammtheilkunde: die interne Medicin, Hautkrankheiten und Syphilis, Augenkrankheiten und einige wichtige Kapitel aus der Gynäkologie. Dieses Büchlein besitzt schon von der ersten Auflage her viele Freunde.

Hecker.

v. Helmholtz. Handbuch der physiol. Optik. Lieferung 11—17. Leop. Voss. 1896. Hamburg u. Leipzig.

Mit dem Erscheinen dieser Lieferung ist die zweite Auflage des berühmten Werkes zu Ende geführt. Der grosse Zeitraum seit dem Beginn der Ausgabe (die 1. Lief. erschien 1885) erklärt sich dadurch, dass H. entgegen seiner anfänglichen Absicht doch eine Reihe wesentlicher Aenderungen vornahm, da während der Arbeit sein Interesse an dem Gegenstande aufs Neue lebhaft erwachte. Um so werthvoller ist das Werk geworden, das neben anderen als ein Denkmal der unvergänglichen wissenschaftlichen Verdienste des inzwischen verstorbenen Verfassers, dasteht und stets die Grundlage aller weiteren Forschungen auf diesem Gebiete bilden wird. Nach dem im Jahre 1894 erfolgten Tode v. Helmholtz's übernahm A. König mit der 9. Lieferung die weitere Ausgabe des Werkes, an welchem er jedoch nur die bereits von H. geplanten und angegebenen Aenderungen vornahm; er theilt in seiner Vorrede mit, dass H. mit dem Erscheinen der 8. Lieferung seine wissenschaftliche Arbeit an der 2. Auflage des Werkes als abgeschlossen angesehen habe. Königs grosses Verdienst um das Werk besteht neben der Fortführung der Herausgabe in der Beigabe einer 325 Seiten umfassenden Uebersicht über die gesammte physiologisch-optische Litteratur, die sehr vollständig ist und daher ein werthvolles Nachschlagewerk bildet.

Zu den früheren Tafeln ist eine von Prof. Uhthoff angefertigte farbige Darstellung des Augenhintergrundes hinzugekommen. Die Ausstattung des klassischen Werkes ist eine vorzügliche.

Schroeder.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Kestner hat ein neues Kreosotpräparat — das Tanosal bei verschiedenen Lungenaffectionen ausprobirt. Es ist ein synthetisch dargestellter Gerbsäureesther des Kreosots und stellt ein amorphes, dunkelbraunes, schwach nach Kreosot riechendes, sehr hygroskopisches Pulver dar. Wegen seiner Zerfliesslichkeit kann das Tanosal als Pulver nicht dispensirt werden; man verordnet es in wässriger Lösung oder in Pillen. Die gewöhnliche von Kestner angewandte Dosis betrug 1 Esslöffel der vorräthigen Lösung (=0,6 g. Kreosot) 3 Mal täglich, doch kann man diese Dosis auf das Doppelte steigern. Die Resultate der Tanosalbehandlung waren sehr gute, besonders ausgesprochen war die rasche Verminderung der Secretion. In frischen Fällen von Lungentuberkulose constatirte Verf. eine Abnahme des Auswurfs und der Athemnoth, Steigerung des Appetites, Verminderung der Rasselgeräusche, Gewichtszunahme. Auch bei Bronchitiden, namentlich cappil-

lärer Bronchitis kleiner Kinder erwies sich das Tanosal von sehr guter Wirkung. Kestner berichtet noch, dass ein belgischer Arzt das Mittel äusserlich zum Verbande in einem Falle von tuberculösen Hautgeschwüren mit Erfolg angewandt habe. (Therap. Monatsch. Nr. 11 1896.)

Um ein Präparat zu besitzen, welches Chinin und ein Antisepticum aus der Naphtolreihe in sich vereinigt, hat Riegler das Naphtol-Monosulfosaures Chinin dargestellt und mit dem Namen «Chinaphtol» bezeichnet. Es stellt ein gelbes, krystallinisches, bitter schmeckendes Pulver dar, etwas löslich in heissem Wasser und Alkohol. Im Magen wird das Mittel nicht angegriffen, aber im Darm in Folge der alkalischen Reaction in seine beiden Componenten gespalten. Die Naphtolsulfosäure wird nun an Ort und Stelle ihre eminent antiseptische Eigenschaft zur Wirkung bringen. Es wird somit das Chinaphtol auf alle pathologischen Processe infectiöser Natur, welche im Darmcanale sich abspielen, sehr günstig wirken, in erster Reihe natürlich auf den Abdominaltyphus. Im Hospital zu Jassy wurden viele Typhusfälle mit Chinaphtol behandelt, und die damit erzielten Resultate waren glänzende. Auch bei Darmtuberculose, Dysenterie bei Puerperalfieber und Gelenkrheumatismus fand Riegler das Mittel wirksam. Es wird in Oblaten verabfolgt, pro Dosi 0,5 pro die bis 5,0. (Therapie der Gegenwart. Nr. 2. 1897.)

— Hasse hat die von Schwalbe zur Radicalheilung der Hernien und zur Verkleinerung von benignen Tumoren empfohlene Alkoholinjection auch auf maligne Tumoren ausgedehnt. Vorzugsweise wurde die Alkoholinjection (absoluter Alkohol und Wasser aa) nur zur Vorbereitung für die Exstirpation der Tumoren, namentlich bei Brustkrebsen, angewandt, um mit Hilfe dieses Verfahrens Recidive möglichst zu verhüten und andererseits nach der Operation — um entstehende Recidive sofort in ihren ersten Anfängen zu beseitigen. Für diese beiden Zwecke erweist sich nach Hasse das Verfahren ausserordentlich zuverlässig. Es handelt sich nur darum, die alkoholische Flüssigkeit in ausreichender Menge derart in die nächste Umgebung der Neubildung zu injiciren, dass möglichst alle mit dem Krebs in Zusammenhang stehenden Lymphbahnen angefüllt werden. Nach den Erfolgen muss man annehmen, dass dadurch das Zellenleben der in diese Lymphbahnen bereits eingedrungenen Epithelzellen ertödtet und somit die Ausgangspunkte für die Recidive beseitigt werden. Sehr häufig sah H. unter den fortgesetzten Injectionen in die Peripherie des Tumors auch eine Rückbildung desselben. Aehnlich wie die Brustkrebse wurde auch eine Anzahl von Krebsen des Gebärmutterhalses mittelst der Alkoholinjection erfolgreich behandelt. Bei einem sehr grossen, hochsitzenden Mastdarmkrebs, der das Darmlumen bereits bis auf einen sehr schmalen Spalt verschloss, wurde durch Alkoholinjectionen in das Parenchym des Tumors eine Rückbildung desselben bis auf geringe Reste erreicht.

(Therapie der Gegenwart p. 74. 1897.

— Benno Lewy empfiehlt das Methylenblau zur Behandlung von Kopfschmerzen. Er verfügt über eine Reihe von Fällen, in welchen dieser Farbstoff sich als ein höchst auffällig wirkendes Heilmittel erwiesen hat. Er verordnet das Mittel in folgender Form: Methylenblau Merck, gepulverte Muscatnuss aa 0,1 in Gelantinekapseln und giebt 4 Mal täglich solch eine Kapsel. In der Regel tritt schon nach der ersten Kapsel Besserung ein; meist genügen 4 Dosen, um die Schmerzen definitiv zu beseitigen. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

(Berlin. klin. Wochensch. Nr. 45 1896.)

Dr. E. Müller (Stuttgart) empfiehlt auf Grund guter Erfahrungen, Frostbeulen mit Compressivverbänden zu behandeln, von der Thatsache ausgehend, dass die Forstbeulen besonders dann heftig brennen und schmerzen, wenn stärkerer Blutzufluss zu denselben stattfindet. Die betreffende Extremität wird einige Zeit hochgelagert, um sie möglichst blutleer zu machen, dann werden schmale 10—15 cm. lange Streifen Kautschukheftpflaster dachziegelförmig so angelegt, dass sie die Beule vollständig bedecken. Die Streifen werden beim Anlegen straff angezogen, um einen Druck mit denselben auszuüben. Der Verband bleibt, da die Haut das Pflaster gut verträgt, so lange ruhig liegen, bis er aus äusseren Gründen abgenommen werden muss. Exacte Anlegung dee Verbandes ist natürlich die Hauptsache.

(Med. Corresp. Blatt des württ. Landesverein. 1896. Nr. 52.)

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

617 Sitzung am 4. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Heuking.

Anknüpfend an 3 Beobachtungen im Deutschen Alexander-Hospital spricht Herr Moritz über das Vorkommen von haemorrhagischen Lungeninfarcten im Gefolge von Operationen an der Bauchhöhle.

Die Krankengeschichten betreffen:

1) eine Laparotomie, ausgeführt von Dr. Dombrowski wegen perforativer Appendicitis. Durch den Bauchschnitt wurde eine umfangreiche, mit kothig riechendem Eiter angefüllte Abscesshöhle eröffnet, an deren Grunde, zwischen verlötheten Darmschlingen, das Coecum lag. Im Coecum 2 Perforationsöffnungen. Der Proc. vermiformis kann nicht aufgefunden werden. In der Abscesshöhle zwei Kothsteine. Tamponade der Eiterhöhle. keine Naht. — Der Operation folgte verhältnissmässiges Wohlbefinden; am 9. Tage jedoch unzweifelhafte Erscheinungen eines haemorrhagischen Infarctes der rechten Lunge. Dieselben Erscheinungen wiederholten sich 5 Tage später an der linken Lunge. Pat. genas und wurde entlassen, nachdem von Prof. Tiling die seit der Operation bestehende Kothfistel auf operativem Wege geschlossen wurde.

2) Herniotomie wegen sehr foudroyant auftretender Incarcerationserscheinungen an einem rechtsseitigen Leistenbruche, der bereits längere Zeit bestand und bis dahin stets leicht reponibel gewesen war. Die Operation erwies keine Anzeichen von Gangrän an der eingeklemmten Schlinge. — Am 9. Tage p. operat. ausgesprochene Symptome einer Infarcirung der rechten Lunge; darauf, bevor noch die Erscheinungen dieses Insultes ganz abgelaufen waren, am 17. Krankheitstage, Bildung eines Infarctes auch in der linken Lunge. Pat. überstand beide Lungenaffectionen, musste sich aber vor seiner Entlassung nochmals einer Operation unterziehen, weil sich Erscheinungen einer beginnenden inneren Incarceration einstellten. Bei der Laparotomie constatirte Dr. Butz Strangulation einer Dünndarmschlinge durch Adhäsionszüge.

3) im 3. Falle handelte es sich um einen rechts im Abdomen, unter der Leber befindlichen beträchtlich grossen Tumor, dessen nähere diagnostische Bestimmung Schwierigkeiten bereitete. Die von Prof. Tiling ausgeführte Probelaparotomie stellte fest, dass es sich um ein nicht exstirpirbares Sarcom handelte. — Auch bei diesem Pat. trat Lungeninfarct auf, welchen er zwar überstand, aber erst nach längerem Krankenlager wegen profuser, hartnäckiger Diarrhöen, in deren Verlaufe er so entkräftet war, dass das Thermometer längere Zeit hindurch ganz ausnehmend niedrige Temperaturen (an einzelnen Krankheitstagen bis unter 35,5° C.) aufwies. — Schliesslich hatte er sich aber wieder erholt und verliess das Hospital, allerdings mit noch nicht ganz verheilter Laparotomiewunde.

Dem Referenten ist es aufgefallen, dass in der Litteratur meist nur von solchen embolischen Infarcten die Rede ist, welche sich nach ausgeführter Herniotomie gebildet haben. Eine kürzlich in dieser Wochenschrift erschienene Mittheilung P. Klemm's (St. Petersburg. med. Wochensch. Nr. 4. 1897) handelt auch nur von solchen Infarcten. Referent giebt zu, dass durch die Manipulationen, die zur Lösung der incarcerirten Schlinge unumgänglich erforderlich sind, oft genug Loslösung und Verschleppung von kleinen Thromben und Nekrosen aus dem hyperämischen und einer mechanischen Maltraitirung ausgesetzten Darmstücke veranlasst werden können. Doch glaubt er, es sei bei Operationen in der Bauchhöhle gar nicht nöthig, dass am Darm viel oder überhaupt nur gerührt worden ist, um die Bedingungen zur Entstehung embolischer Processe zu schaffen. Nach jedem Eingriffe an der Bauchhöhle pflegt sich doch, wenn auch nur begrenzt, Reizung oder Entzündung oder auch circumscripte Eiterung einzustellen; Thrombenbildung innerhalb der Gefässe. welche den Entzündungsheerd umgaben, wird unter solchen Verhältnissen oft genug die Folge sein müssen — und damit ist denn auch das Material für embolische Pröpfe gegeben. — Auf solche Bedingungen wird wohl die Entstehung der Lungeninfarcte in den von ihm wiedergegebenen Krankengeschichten 1) und 3) zurückzuführen sein.

Herr Tiling bemerkt, dass die eingehendsten Untersuchungen über Infarctbildung nach Bruchoperationen von Pietrizckowsky, aus der Gussenbauer'schen Klinik, ausgeführt worden sind. Solche Infarcte sind überhaupt nicht so selten; an seinen Patienten hat er auch ein paar Male ähnliche Vorkommnisse erlebt.

Herr Dombrowski: es lasse sich sehr wohl denken, dass bei der Exstirpation von Tumoren, resp. Theilen derselben, kleine Nekrosen gesetzt werden und diese dürften auch genügen, um zu embolischen Vorgängen Veranlassung zu geben.

Herr Kernig theilt mit, dass er unlängst 3 Fälle von Lungeninfarcirung behandelt habe, und zwar an Patientinnen, die kleinere gynäkologische Eingriffe überstanden hatten, kleine Operationen an Scheide und äusseren Schamtheilen, bei denen die Peritonealhöhle selbst jedenfalls nicht eröffnet wurde.

Herr Kroug fragt an, durch welche venöse Bahnen man sich den Transport der Emboli vor sich gehend denken müsse; ob stets durch die Pfortader und die Leberkapillaren, oder ob auch die anderen venösen Wege in Betracht kommen?

Herr Kernig: Beide Wege sind möglich. Durch die Pfortaderbahnen werden alle Thromben verschleppt werden, die sich innerhalb ihres Ausbreitungsgebietes am Darm bilden.

Doch werden auch die Zuflüsse der V. hypogastrica aus den venösen Geflechten um Blase, Vagina und Uterus herum, Thromben aufnehmen und sie mit Umgehung der Pfortader und ihrer Verzweigungen in der Leber, direct der V. cava inferior zuführen können; schliesslich giebt es auch Anastomosen zwischen beiden Venengebieten, die speciell dadurch gebildet werden, dass der den Mastdarm bis zum Anus hinab umgebende venöse Plexus haemorrhoidalis jederseits durch eine Vena haemorrhoidalis interna mit dem Wurzelgebiet der Pfortader, und durch die V. v. haemorrhoid. med. et externa mit der Cava infer. vermittelst der V. hypogastrica und V. pudenda int. zusammenhängt. In dieser Region wäre somit der Uebertritt eines Thrombus aus einem Gebiet in das andere sehr wohl denkbar.

Herr Wanach macht darauf aufmerksam, dass auch Klemm die vom Vorredner erwähnten anatomischen Verhältnisse zur Sprache bringt und eine gründliche Klarstellung derselben für wünschenswerth hält. — Auf den 3. Fall des Herrn Moritz zurückkommend, weist W. darauf hin, dass die Gefässwände der in einer sarkomatösen Wucherung eingebetteten Gefässe meist sehr zart sind, so dass sie leicht dem Wachsthumsdrucke des wuchernden Gewebes nachgeben und Geschwulstpartikelchen den Eintritt erlauben; auch hierdurch könnten Emboli geschaffen werden. — Er hat auch nach einer Operation wegen Appendicitis einen Lungeninfarct beobachtet. — Schliesslich bestätigt er, dass nach Operationen in der Bauchhöhle die Bedingungen für die Entstehung embolischer und überhaupt pneumonischer Processe insofern ausnehmend günstige sind, als die Operirten, theils wegen Schmerzhaftigkeit des Abdomens, theils wegen des festanliegenden Verbandes, die Zwerchfellathmung fast ganz ausschalten, wodurch, im Verein mit meist anhaltender Rückenlage, Disposition zu Lungenerkrankungen geschaffen wird.

Vermischtes.

— Am 16./28. Februar feierte der berühmte Kieler Chirurg, Prof. Dr. v. Esmarch, mit seiner Gemahlin Henriette, geborene Princessin zu Schleswig-Holstein-Sonderburg-Augustenburg, welche bekanntlich eine Tante der deutschen Kaiserin Augusta Victoria ist, das Fest der silbernen Hochzeit. Prof. v. Esmarch, der bereits das 74. Lebensjahr überschritten hat, wirkt noch in voller Rüstigkeit als tüchtiger und beliebter Lehrer an der Kieler Universität.

— Am 6. Juli d. J. vollenden sich 50 Jahre der Lehrthätigkeit des berühmten Histologen Prof. Albert v. Kölliker, welcher an demselben auch seinen 80. Geburtstag begeht.

— An Stelle des verstorbenen Dr. Hindenburg ist, wie aus Moskau berichtet wird, der Privatdocent der Moskauer Universität für Laryngologie und Otologie, Dr. E. M. Stepanow, zum stellvertretenden Oberarzt des Alten Katharinenhospitals in Moskau ernannt worden.

— Vor Kurzem beging Dr. M. A. Jusefowitsch das 25. jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit an dem grossen hebräischen Krankenhause in Odessa.

— Befördert: Der Bezirksoculist des Odessa'schen Militär-Bezirks D. Mitkewitsch — zum wirklichen Staatsrath, unter gleichzeitiger Verabschiedung mit Uniform.

— Ernannt: Der Oberarzt des Tambow'schen Gouvernements-Landschaftshospitals, Dr. Rineck — zum consultirenden Arzt am Tambow'schen Alexandra-Institut.

— Verstorben: 1) Am 21. Februar in Kiew der frühere Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Eugen Afanasjew, an Nephritis im 58. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der St. Petersburger medico-chirurgischen Academie erhalten, welche er 1860 mit dem Arztgrade absolvirte. Seine ärztliche Praxis begann er als Militärarzt im Kaukasus, fand aber 1866 als Lehrer der Militär-Feldscherschule in Kiew und gleichzeitig als Ordinator der therapeutischen Klinik der Kiewer Universität Anstellung. Nach Erlangung der Doctorwürde habilitirte sich A. 1870 als Privatdocent für klinische Medicin und wurde 1886 zum ausserordentlichen und bald darauf zum ordentlichen Professor der Universität Kiew ernannt. Neben seiner Lehrthätigkeit hatte er eine ausgedehnte Privatpraxis und war viele Jahre hindurch auch ein eifriger Stadtverordneter. 2) In St. Petersburg der jüngere Arzt des Pawlow'schen Leib-Garderegiments, Hofrath Dr. Hermann Graff, im 38. Lebensjahre. In Dorpat geboren, erhielt er seine Gymnasialbildung an der Petrischule in St. Petersburg, welcher sein Vater damals als Director vorstand, und bezog im J. 1877 die Universität Dorpat, an welcher er mit kurzer Unterbrechung bis 1884 Medicin studirte und 1886 die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann bis 1888 als Assistent an der psychiatrischen Klinik in Dorpat fungirte, wurde er Militärarzt im Ssaratow'schen Infanterieregiment in Wilna, von wo er jedoch bald nach St. Petersburg in's Pawlow'sche Leibgarde-Regiment übergeführt wurde. 3) Am 9. Februar in der Abtheilung für Geisteskranke des hiesigen Nikolai-Militärhospitals der verabschiedete ältere Arzt des Ufa'schen Infanterieregiments Alexander Dershawin im Alter von 47 Jahren.

— In Jelisawetgrad ist eine Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in's Leben getreten. Zum Präsidenten wurde G. Blisnin, zum Vicepräsidenten Dr. Gelback und zum Secretär Dr. Stein gewählt. (Odess. Now. Wr).

— Die Tambow'sche Gouvernement-Landschaftsversammlung hat beschlossen, ein «Sanitätsstatistisches Bureau» in Tambow einzurichten und für diesen Zweck 3580 Rbl. jährlich auszusetzen, von denen 2000 Rbl. zur Gagirung des Bureau-Leiters bestimmt sind. Ausserdem bewilligte die Versammlung 300 Rbl. zur Herausgabe eines «epidemiologischen Blattes».

— Der Director des Mineralbades Busk (Gouv. Kielce) Dr. Issajew wird in diesem Jahre ein Badeblatt unter dem Namen «Сезонный Листокъ Бускихъ минеральныхъ водъ» ohne Präventiv-Censur herausgeben, das in russischer und polnischer Sprache erscheinen wird.

— Die im Staate Süd-Carolina prakticirenden Neger haben einen eigenen ärztlichen Verein gebildet.

— Der von dem deutschen Arzt Dr. Hermann Weber in London gestiftete Weber-Parkes Preis, bestehend in 150 Pfd. Sterling und einer Medaille, wird in diesem Jahr zum erzten Mal zur Vertheilung gelangen. Aerzte aller Länder können sich um den Preis bewerben; die Arbeiten müssen dem Royal College of Physicians bis zum 1. Juni 1897 eingereicht werden. Die Preisaufgabe lautet: «The means, prophylactic or curative, deemed by the author, to have value in the control of tuberculosis, special regard being had to their application to human tuberculosis».

— Die Pariser medicinische Facultät hat die Lacaze-Prämie im Betrage von 10,000 Frcs. dem Professor der Veterinärkunde Nocard für seine Arbeiten über die Tuberculose zuerkannt.

— Der Präsident des Organisations-Comités des bevorstehenden internationalen medicinischen Congresses in Moskau hat sich unter Anderem auch an das Stadthaupt von St. Petersburg mit der Bitte gewandt, diejenigen Mitgliedern des Congresses, welche auf dem Wege nach Moskau St. Petersburg zu besuchen wünschen, um die hiesigen Sehenswürdigkeiten kennen zu lernen, einen würdigen Empfang zu bereiten. Wie die Tagesblätter berichten, ist das Stadtamt bereit, wie in früheren Fällen, auch diesmal 5000 Rbl. zu obigem Zwecke anzuweisen; von denen 3000 Rbl. zum Empfange der Gäste und 2000 Rbl. zur Herausgabe eines Führers durch die Hospitäler und medicinischen Sehenswürdigkeiten St. Petersburgs verwandt werden sollen.

— Die Pest breitet sich in Ostindien immer weiter aus, während sie an ihrem Ausgangsorte Bombay eine Abnahme aufweist. Bisher sollen dort nach officielle Quellen 8383 Personen an der Pest erkrankt und 6979 gestorben sein. — Die unter dem Vorsitz des Prinzen Alexander von Oldenburg in St. Petersburg Allerhöchst eingesetzte Commission hat umfassende Massnahmen zur Verhütung der Einschleppung und zur etwa nothwendig werdenden Bekämpfung der Pest getroffen und veröffentlicht in der heutigen Nummer des Regierungs-Anzeigers die am 24. Februar bestätigten Regeln für die Organisirung der ärztlichen Beobachtungsposten und die Instructionen für die diese Posten leitenden Aerzte.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Februar d. J. 7837 (511 wen. als in d. Vorw.), darunter 627 Typhus — (3 wen.), 833 Syphilis — (38 wen.), 184 Scharlach — (6 wen.), 109 Diphtherie — (1 wen.), Masern 106 — (27 mehr) und 29 Pockenkranke — (5 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. Februar 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
346	246	592	119	55	96	16	12	18	48	57	51	47	39	26	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 20, Diphtherie 21, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 47, Todtgeborene 24

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 4. März 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. März 1897.

Дозв. ценз. Спб. 1 Марта 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 8. (20.) März **1897**

Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie mit Hemianaesthesie und linksseitiger homonymer lateraler Hemianopsie..

Aus der Hospitalklinik des Herrn Prof. Dr. K. Dehio.

Von

Joseph Baron Manteuffel,

gewes. Assistenzarzt der Klinik.

Es giebt gewiss in der Litteratur ein recht grosses Material an klinisch genau beobachteten Fällen sowohl von corticaler als auch subcorticaler Hemianopsie, verbunden mit einer mehr oder minder grossen Zahl von anderweitigen Erscheinungen von Seiten des centralen Nervensystems. Soweit es jedoch aus der mir zugänglichen Litteratur ersichtlich ist, wird in dem Symptomencomplexe der gewöhnlichen Hemiplegie die Hemianopsie insofern vielleicht noch zu wenig beachtet, als zu wenig Nachdruck darauf gelegt wird, dass sie in sehr vielen Fällen von Hemiplegie und Hemianaesthesie als direktes klinisches Symptom der Zerstörung der Gehirnsubstanz durch den Bluterguss sich nachweisen lässt. — Deshalb glaube ich, dass der vorliegende Fall, den ich als Assistent des Herrn Prof. Dehio in der Hospitalklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, vielleicht einiges klinische Interesse bieten könnte, da bei dem betreffenden Patienten die Hemianopsie als direktes Heerdsymptom zu Lebzeiten nachzuweisen war und als solches durch die Autopsie, deren Protokoll ich hier beifüge, späterhin bestätigt worden ist.

Im Uebrigen soll die vorliegende kurze Mittheilung nur einen geringen casuistischen Beitrag zur Lehre von der Hemianopsie bringen.

Pat. K. W., Bäckermeister, 69 Jahre alt, wurde am 23. October 1896 von seinen Angehörigen in die Hospitalklinik gebracht. Schon vor 26 Jahren soll Pat. an einem Schlaganfalle gelitten haben, dessen Symptome jedoch binnen sehr kurzer Zeit vollständig geschwunden sein sollen. Damals habe Pat. seinen linken Arm und sein linkes Bein nicht bewegen können. Sonst will Pat. stets sich einer sehr guten Gesundheit erfreut und Lues nie gehabt haben. Alkoholmissbrauch in seinen jüngeren Jahren wurde vom Pat. eingestanden. Am 20-ten Oktober 1896, nach dem Erwachen, fühlte sich Pat. vollkommen wohl. Kaum hatte er aber sein Bett verlassen, da überkam ihn ein Schwindelgefühl, so dass er sich wieder ins Bett legen musste. Nach einiger Zeit wiederholte Pat. den Versuch das Bett zu verlassen, sank aber diesmal plötzlich zu Boden und konnte sich nicht wieder aufrichten. Pat. behauptet während dieser ganzen Zeit das Bewusstsein nicht verloren zu haben. — Erst jetzt, nachdem er von seinen Angehörigen in's Bett zurückgelegt worden war, bemerkte er, dass er weder seinen linken Arm noch sein linkes Bein bewegen konnte. — Von Schmerzen will Pat. nichts, ausser einem dumpfen Schmerzgefühl im Nacken und Halse, den er bis zuletzt nicht recht drehen konnte, verspürt haben.

Die am folgenden Tag angestellte Untersuchung ergab folgenden Status praesens: Pat. von mittlerem Wuchs, kräftigem Körperbau und recht gutem Ernährungszustand. Haut welk, gerunzelt. Schleimhaut der Lippen cyanotisch. Thorax fassförmig, seine Athemexcursionen gering. An den Lungen Anzeichen eines nicht sehr hochgradigen Emphysem's. Bei der Auscultation der Lungen sind in den abhängigen Partien einige Rasselgeräusche zu hören. Puls ein wenig beschleunigt, von mittlerer Spannung. Die palpablen Arterien der Extremitäten fühlen sich hart an und haben z. Th. einen gewundenen Verlauf. Die Grenze der Herzdämpfung kleiner, als normal, Herztöne rein. Von Seiten des Verdauungstractus nichts abnormes; es besteht nur eine geringe Stuhlverhaltung. Der Harn, von spec. Gew. 1.024, enthält Spuren von Eiweiss. Pat. lässt den Harn unter sich. Der Kopf ist nach rechts gewandt, das Gesicht nach rechts verzogen, die linke Nasolabialfurche verstrichen. Die Stirnrunzeln sind beiderseits in gleichem Maasse ausgeprägt. Die Augen können spontan geschlossen werden, links weisen jedoch die Lider eine geringere Zahl von Hautfalten auf, als rechts. Ablenkung der Bulbi nicht zu constatiren, Augenhintergrund normal. Auf beiden Augen besteht eine homonyme linksseitige laterale Hemianopsie. Pat. sieht nämlich den weissen gestielten Wattebausch nur dann, wenn er von rechts an ihn heranbewegt wird. Hiermit lässt sich, wenn man den Pat. auffordert den Wattebausch jedesmal mit dem Finger zu zeigen, mit einer gewissen Genauigkeit der Ausfall der linken Gesichtsfeldhälfte constatiren. Die Pupillen sind beiderseits gleich weit, reagiren prompt auf's Licht. Das Gehör scheint intact zu sein. Die Zunge kann nicht vorgestreckt werden. Pat. kann nur flüssige Speisen schlucken, der Schluckakt scheint aber keine wesentlichen Störungen aufzuweisen.

Beweglichkeit im Nacken und Halse beschränkt. Der linke Arm liegt auf der Bettdecke ausgestreckt, der rechte ist unter den Kopf geschoben. Die active Beweglichkeit im linken Arm

ist völlig vernichtet, im rechten normal: im linken Bein ist sie auf ganz unausgiebige Bewegungen mit den Zehen beschränkt. Die Beweglichkeit des rechten Beines vollkommen erhalten. Bei Beugeversuchen fühlt man in den afficirten Extremitäten einen geringen Widerstand.

Die Schmerz- und Tastempfindung ist auf der linken Gesichtshälfte verringert, auf der ganzen übrigen linken Seite des Pat. völlig erloschen, auf der rechten Seite normal.

Pat. befindet sich in somnolentem Zustande. Auf die an ihn gerichteten Fragen antwortet er vernünftig, klagt über Schmerzen im Nacken und Halse, erkennt die um ihn stehenden Personen, articulirt aber die Laute so undeutlich, dass es einige Mühe kostet ihn zu verstehen. Für die Umgebung interessirt sich Pat. nur wenig.

Von dem weiteren Krankheitsverlauf wäre Folgendes hervorzuheben: gleich am vierten Tage der Krankheit entstand trotz eines Luftkissens ein grosses Decubitusgeschwür, das jedoch in der folgenden Zeit fast vollständig wieder zuheilte. Am neunten Krankheitstage zeigten sich unter mässigen Fiebererscheinungen (bis 38.9) an dem 3-ten und 4-ten Finger der gelähmten oberen Extremität und an der Brust, nahe der rechten Mamilla, einige pemphigus-ähnliche Blasen, die auch in einigen Tagen unter Abfall des Fiebers in Heilung übergingen — Die Drehung des Kopfes nach rechts bestand fort. An den Lungen nahmen die Rasselgeräusche zu. Am 17-ten November 1896 stieg abermals die Temperatur und allmählich entwickelte sich eine beiderseitige hypostatische lobuläre Pneumonie, der unser Pat. auch späterhin erlag. Während der ganzen Krankheitsdauer liess Pat. Harn und Stuhl unter sich. Das Eiweiss verschwand aus dem Harne am siebenten Tage der Krankheit und war seitdem nicht mehr nachzuweisen. Das spec. Gew. des Harnes betrug 1.020. Die Hemiplegie hatte kaum eine Besserung aufzuweisen mit Ausnahme des Facialisgebietes, wo ein deutlicher Nachlass der Lähmungserscheinungen zu constatiren war Auch sprach Pat. mit der Zeit deutlicher. — Die Hemianaesthesie dauerte unverändert fort, ebenso die Hemianopsie, die noch einige Tage vor dem Tode des Pat. deutlich nachzuweisen war.

Im Anfange der Krankheit hatten sich beim Pat. allerlei Wahnvorstellungen eingestellt, die aber in der folgenden Zeit nachliessen, um einem kindischen Geschwätze Platz zu machen. Das Bewusstsein war bis auf den letzten Moment der beginnenden Herzschwäche soweit intact geblieben, dass Pat. einfache Fragen klar beantwortete und namentlich bei der Prüfung des Gesichtssinnes sichere Auskunft gab. Die Stimmung des Pat. war meistens eine heitere, nur nahm die Somnolenz, die vorhin schon viel geringer geworden war, am vorletzten Tage der Krankheit an Intensität wieder zu. — Im linken Kniegelenk entstand eine Schmerzhaftigkeit bei der leisesten Bewegung des linken Beines, die bis zuletzt andauerte. Von Exsudat oder sonstigen objectiven Veränderungen konnte hierbei nichts nachgewiesen werden, nur fühlte sich die Extremität etwas heisser an. An den Knöcheln und am Fussrücken der afficirten Extremität, in geringerem Grade am Unterschenkel, entstand ein geringes Hautoedem.

Am 26-ten November 1896 starb Pat. an hypostatischer Pneumonie.

Die **Section**, die Herr Prof. **Affanasjeff** ausführte und die ich hier nur in Kürze wiedergebe, zeigte Folgendes: Eine mässige Dilatation und Hypertrophie des Herzens; beiderseits hypostatische Pneumonien in den mittleren und unteren Lungenlappen und ein mässiges Emphysem der vorderen Partien der Lungen; beiderseits pleuritische Adhaesionen; allgemeine Arteriosclerose: alte peritonitische Schwarten, die sich zwischen Omentum majus, der Milz, den Dünndärmen und der Leber anspannen; ein fast hühnereigrosses Haematom, z. Th. der rechten Niere oben und vorne aufsitzend, z. Th. in ihre Substanz hineinragend; ein arteriosclerotisches Geschwür auf der Intima der Aorta und ein anderes, 1 ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür auf der Hinterfläche des Duodenum, 3 ctm. vom Pylorus entfernt.

Der Schädel normal gebaut, die Schädelkapsel dick; die Dura mater in ihrer ganzen Ausdehnung fest mit den Schädelknochen verwachsen: die Pia an einigen Stellen trübe und verdickt. Die basalen Hirngefässe zeigen an sehr vielen Stellen heerdförmige Sclerosen. Das Gehirngewebe selbst fühlt sich einwenig derber an, als normal. Der Seitenventrikel in der linken Hemisphäre enthält eine recht beträchtliche Menge seröser Flüssigkeit, sonst ist hier das Gewebe ganz normal Auf der rechten Seite bekommt man durch einen Horizontalschnitt, der ein wenig unterhalb des oberen Niveau des Balkens geführt wird, einen Blutheerd zu Gesicht, der den äusseren Theil des Thalamus und seine äussere, vordere und obere Umgebung umfasst. Der Längsdurchmesser des Heerdes zählt an dieser Stelle ca 7, der Querdurchmesser 4 ctm. Das extravasirte Blut und das damit infiltrirte Gewebe zeigen eine röthlich-gelbe Verfärbung.

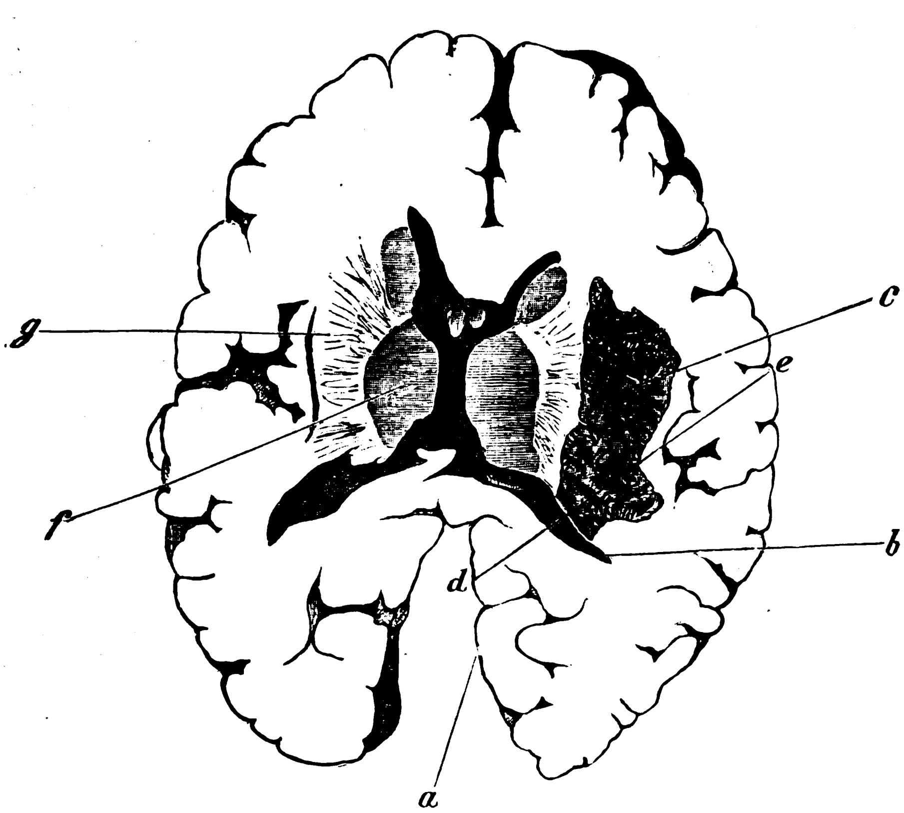
Indem ich zur näheren Beschreibung des zerstörten Gebietes der rechten Hemisphaere weiter unten noch einmal zurückkehren werde, will ich in aller Kürze die eben geschilderte Krankengeschichte resümiren und mit ein paar Worten auf die von uns gestellte Diagnose zu sprechen kommen.

Pat., der an einem mässigen Emphysem und an Arteriosclerose litt, wurde plötzlich in vollem Wohlbefinden von einem Schlaganfalle ergriffen. In der Klinik, wohin Pat. am 4-ten Krankheitstage gebracht worden war, wurde eine vollständige linksseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie zugleich mit homonymer lateraler Hemianopsie constatirt. In der darauf folgenden Zeit erfuhren die eben erwähnten Symptome garkeine Aenderung, ausgenommen das Facialis- und Hypoglossusgebiet, wo ein Nachlass der Lähmungserscheinungen nachzuweisen war. Dazu gesellten sich einige vasomotorische und trophische Störungen und Reizsymptome von Seiten der Sensibilität, die hauptsächlich auf die afficirte Seite beschränkt waren. Nach 5 wöchentlichem Krankheitsverlauf starb unser Pat. an intercurrenter Pneumonie.

Was die Diagnose betrifft, so sprach das Alter des Pat., die allgemeine Arteriosclerose desselben, sowie der plötzliche Eintritt der Krankheit mit allen Erscheinungen des apoplectischen Insultes dafür, dass wir es mit einem Bluterguss in's Gehirn und zwar mit einem ziemlich grossen zu thun haben mussten; denn es war von vorneherein kaum anzunehmen, dass nur ein kleiner Heerd, der, abgesehen von der Seltenheit dieser Localisation, etwa nur das mittlere Drittel des Hinterschenkels der Capsula interna resp. deren Umgebung zerstört hätte, die schweren Symptome des apoplectischen Insultes zugleich mit einer Lähmung des Facialis, Hypoglossus, der ganzen linken Körperhälfte, zugleich mit Hemianaesthesie und Hemianopsie verursacht haben könnte. Die auch am soporösen Pat. schon bemerkbare linksseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie sprachen für den Sitz des Heerdes in der rechten Hirnhälfte und die in den folgenden Tagen bemerkbare Hemianopsie wies darauf hin, dass sich derselbe mehr auf die hinteren Abschnitte der Hemisphaere erstrecken werde. Erst der weitere Verlauf der Krankheit konnte uns Aufklärung verschaffen, wieviele von den gefundenen Symptomen zu den direkten, wieviele zu den indirekten zu zählen seien, eine genauere topische Diagnose musste deshalb auf die späteren Wochen verschoben werden, dennoch konnte von uns schon jetzt, in Erwägung der gefundenen objectiven Erscheinungen, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Läsion eines grossen Theiles des Hinterschenkels der inneren Kapsel resp. deren Umgebung mit grösserer oder geringerer Betheiligung der Markmasse des Occipitallappens, soweit sie der Sehsphäre dient, gestellt werden. Der weitere Krankheitsverlauf festigte uns immer mehr in der zu Anfang gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Die Thatsache, dass die Lähmung der linken Gesichtshälfte nachliess und der Pat. deutlicher zu sprechen anfing, während Arm und Bein sich nicht besserten und die Hemianopsie unverändert fortbestand, bewies. dass die Facialis- und Hypoglossusbahn nicht zerstört waren· Der apoplectische Heerd musste also seine zerstörende Wirkung nicht nur auf die hinteren zwei Drittel des Hinterschenkels der inneren Kapsel, sondern auch auf die Markstrahlen des Hinterhauptlappens, soweit sie für der Sehakt in Betracht kommen, erstreckt haben Die Lähmung der oberen und unteren linken Extremität, die Hemianaesthesie und Hemianopsie mussten also als direkte Heerdsymptome aufgefasst werden. — Dies fand denn auch seine Bestätigung in der darauf folgenden Section.

Die beigefügte Zeichnung A, die am gehärteten Präparat mit Hülfe des Storchschnabelapparates verfertigt wurde, zeigt den Horizontalschnitt, wie er von uns ein wenig unterhalb des Balkens, etwa 1/2—1 ctm. tiefer,

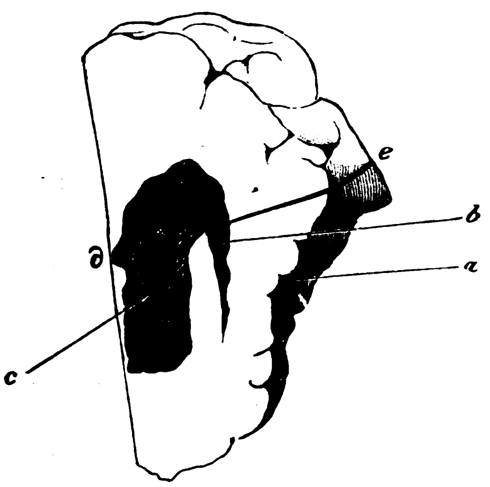
Fig. A.



a. Kleinhirnoberfläche des Occipitallappens.
b. Ende des Hinterhornes des rechten Seitenventrikels.
c. Apoplectischer Blutherd.
d—e. Lage der Schnittfläche der Fig. B.
f. Thalamus optic.
g. Capsula interna.

wie zuvor in der Sektion, angelegt worden ist. Die Zeichnung B. stellt einen Verticalschnitt durch das Präparat dar, wie es die, auch in der Zeichnung A. ange-

Fig. B.



a. Zum Kleinhirn sehende Oberfläche des Occipitallappens.
b. Hinterhorn des rechten Seitenventrikels.
c. Apoplectischer Blutherd.
d—e. Lage der Schnittfläche der Figur A.

deutete Linie deutlich macht. Wir sehen demnach einen im gehärteten Zustande ca. $6^1/_2$ ctm. im Längs- und 3 ctm. im Querschnitt haltenden, scharfbegrenzten Blutheerd vor uns, der inwendig mit brauntingirten Cruormassen erfüllt ist und eine dunkelziegelrothe Umsäumung hat. Oben dehnt sich der Heerd mehr zur Mittellinie aus und ragt mit seiner oberen Grenze etwas über den Balken hervor, unten ist er ca. $2^1/_2$—3 ctm. von der unteren Gehirnfläche entfernt; nach hinten reicht er bis an das Hinterhorn des Seitenventrikels heran, von dem er in seinen hinteren — oberen Partien nur noch durch die bindegewebige Auskleidung des Ventrikels getrennt zu sein scheint und dem er in einer Ausdehnung von ca 1—$1^1/_2$ ctm. im Horizontal- und fast 2 ctm. im Vertikalschnitte auf diese Weise eng anliegt. Vorne wird der Heerd durch eine Linie begrenzt, die ungefähr den vordersten Theil der Insula Reilii mit der Spitze des Vorderhornes verbindet. Lateral ist er von der Insula Reilii, die von ihm, wie es auch die Zeichnung aufweist, nach aussen verdrängt worden ist, nur durch eine schmale Schicht weisser Marksubstanz geschieden. Innen ist der Rest der Stabkranzfaserung, die zur Capsula interna zieht, zu sehen, wie es der von uns getroffene Horizontalschnitt wiedergiebt. Weiter nach oben, wo der Heerd sich dem Thalamus nähert, ist davon nichts mehr zu erblicken. Der Thalamus erscheint auch ein wenig nach der Medianlinie zu verdrängt.

Wir haben somit einen über gänseeigrossen, länglichen apoplectischen Bluterguss vor uns, der mit seinem mittleren, unteren und seitlichen Antheile den Linsenkern, das Claustrum und deren nächste Umgebung zerstört hatte, der aber auch zugleich mit seinem oberen-inneren Theile den grössten Theil des Hinterschenkels der Capsula interna vernichtete und mit seinem oberen-hintersten Abschnitte sich an das Hinterhorn des Seitenventrikels anlehnte und damit auch die centrale Opticusbahn zerstörte. Dementsprechend gestaltete sich denn auch das klinische Krankheitsbild.

Wie ich früher bemerkt hatte, wurden von uns als direkte Ausfallserscheinungen gedeutet: erstens die Lähmung der oberen und unteren linken Extremität: zweitens die Hemianaesthesie, beide bedingt durch die Vernichtung der entsprechenden Partien der inneren Kapsel; drittens, und zwar was ich betonen zu müssen glaube, würde hierzu die homonyme laterale Hemianopsie zu zählen zein. Wie wir sahen, grenzte der Heerd mit seinem hinteren-oberen Abschnitte dicht an das Ventrikelependym des rechten Hinterhornes. Das ist aber auch der Ort, wie er von V i a l e t u. a. angegeben wird, wo die Sehstrahlung des Occipitallappens, gleichgültig ob vom Cuneus oder Praecuneus, oder vom Lobus lingualis kommend, den Hinterschenkel der Capsula interna passiren muss, um zum Pulvinar thalami opt. und zum Corpus geniculatum externum zu gelangen. Auch hier würde es sich jedoch schwer entscheiden lassen, welchem der genannten Gebiete das Sehcentrum zukomme, da jedenfalls die meisten Fasern des Occipitallappens ihren Weg durch das zerstörte Gebiet nehmen mussten.

Leider bin ich nicht im Stande irgendwelche Angaben über die etwaigen anderen Störungen des Gesichtssinnes zu machen, da eine derartige Untersuchung bei dem etwas benommenen und jedenfalls schwer kranken Pat. kaum auszuführen war und wahrscheinlich nicht ganz zuverlässige Resultate ergeben hätte. Aus dem Grunde liess ich derartige Untersuchungen überhaupt fallen. Jedenfalls schien Pat. keinerlei Störungen des Gehörs aufzuweisen. — Auf das Vorhandensein der Wernicke'schen hemianopischen Pupillenstarre habe ich Pat. leider nicht geprüft; doch ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass dieselbe nicht vorhanden war, da die Gegend der vorderen Vierhügel und die Tractus optici intact gefun-

den worden sind. — Sicher konnte ich nur beobachten, dass die Pupillen beiderseits keinerlei Veränderungen aufwiesen und jedesmal prompt auf Lichtreiz reagirten. Zuletzt glaube ich, dass auch die Nackensteifigkeit und die Drehung des Kopfes und Halses nach rechts, entsprechend dem Befunde am Präparat, den direkten Heerdsymptomen zuzuzählen seien. In der übrigen Rumpfmusculatur waren mir keine wesentlichen Functionsstörungen in der linken Körperhälfte aufgefallen.

Zu den indirekten Heerdsymptomen würde dagegen, ausser der Somnolenz, die schon in den ersten Krankheitstagen eine bedeutende Besserung erfahren hatte, noch zu rechnen sein: erstens die Facialisparese. Wir sehen nämlich, dass hauptsächlich der untere Facialisast eine deutliche Lähmung aufwies, die jedoch in den ersten ein bis 2 Wochen eine deutliche Besserung aufzuweisen hatte. Zweitens gehört auch das Hypoglossusgebiet hierher. Eine wesentliche Besserung der vorhin bestehenden Dysarthrie war in kurzer Zeit eingetreten. Die geringe Dysphagie konnte wahrscheinlich auch nur von der Läsion des Hypoglossus abhängig gemacht werden. Entsprechend diesen Erscheinungen war auch der vordere Theil des Hinterschenkels der inneren Kapsel und deren Knie kaum verändert.

Die gleich nach dem Insult aufgetretenen Schmerzen im Halse, über welche sich unser Pat. beklagte, und die späterhin entstandenen Schmerzen bei der leisesten Berührung des kranken linken Beines konnten entweder von dem reaktiven Entzündungsvorgang in der Umgebung des Heerdes, wie allgemein angenommen wird, herstammen oder von einer später aufgetretenen peripheren Neuritis (Nothnagel) ihren Ursprung nehmen. — Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass Edinger die nach Apoplexien auftretenden Schmerzen mit Druck des Heerdes auf die Haubenstrahlung in Zusammenhang bringt. Schliesslich wären noch hervorzuheben: die Pemphiguseruption, die Anschwellung des linken Unterschenkels und der schnell sich entwickelnde Decubitus.

Die Pemphigusblasen kamen am 9-ten Krankheitstage unter mässigen Fiebererscheinungen zum Ausbruch und heilten in der folgenden Zeit allmählich wieder, nachdem das Fieber 4 Tage lang bestanden hatte. Sie localisirten sich an der 2-ten und 3-ten Phalanx des 3-ten und 4-ten Fingers der linken Hand, 2 Blasen entstanden aber auch in der Nähe der rechten Mamilla. Gegen Ende der vierten Woche bemerkten wir eine Röthung und Anschwellung des linken Unterschenkels namentlich des linken Fusses; hier fühlte sich die Extremität etwas wärmer an und war gegen Druck empfindlich. Alle fühlbaren Arterien pulsirten und konnte auch sonst von irgend welchen objectiven Veränderungen an der Extremität nichts nachgewiesen werden. Im Kniegelenk bestand die oben erwähnte Schmerzhaftigkeit, von Exsudat oder Schwellung konnten wir hier nichts finden. Was endlich das Decubitusgeschwür betrifft, so entwickelte es sich gleich in den ersten Krankheitstagen mit rapider Schnelligkeit trotz sorgsamer Pflege des Kranken. Das grösste Geschwür entstand an den Nates, die anderen localisirten sich am Rücken zerstreut, auf der linken Seite jedoch grösser an Zahl und Ausdehnung, als auf der gesunden, rechten. Die meisten dieser nur oberflächlichen Geschwüre heilten in der Folge ganz zu, die grösseren, zuerst entstandenen verkleinerten sich bedeutend. — Von Seiten des Kopfsympathicus sind mir keinerlei Veränderungen aufgefallen.

Ohne auch nur im entferntesten eine Erklärung der Ursache der eben beschriebenen, klinisch von uns beobachteten Symptome geben zu wollen, glaube ich doch diese auffallenden Erscheinungen als trophische resp. vasomotorische Störungen auffassen zu können, zumal da ähnliche Erscheinungen auch sonst bei Hemiplegien beobachtet worden sind. Ob die genannten Symptome auf der Zerstörung der vasomotorischen Bahnen in dem hinteren Theil der inneren Kapsel beruhten oder die Läsion des Streifenhügels den Grund dazu abgab, ist bei unserem Fall nicht zu entscheiden, da beide genannten Gebiete fast gleichmässig vom Blutheerde betroffen waren.

Der Einwand, der vielleicht erhoben werden könnte, dass die Entscheidung über die Zugehörigkeit der einzelnen Symptome zu der einen oder anderen Gruppe der Heerderscheinungen, eine zu frühe gewesen sei, muss, meiner Ansicht nach, von der Hand gewiesen werden, wenn wir bedenken, dass weder die hemiplegischen, noch hemianaesthetischen, noch hemianopischen Erscheinungen während der vollen 5 Wochen nicht einmal eine Spur von Besserung oder Nachlass aufwiesen, während doch in derselben Zeit eine deutliche Abnahme der Facialis- und Hypoglossuslähmung zu constatiren war. (Schliesslich bestätigte der Sectionsbefund die von uns zu Lebzeiten des Pat. gestellte Diagnose).

Wenn wir auch Hauer zugeben müssen, dass man bei frischen, mit einem Insult einhergehenden Apoplexien abwarten müsse, um die gefundenen objectiven Symptome zu local-diagnostischen Zwecken zu verwenden, so lehrt doch andererseits unser eben beschriebener Fall, dass eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, die unter Umständen einen nicht geringen prognostischen Werth haben kann, auch bei der gewöhnlichen Hemiplegie vielleicht schon in den ersten Wochen gestellt werden könne, wenn man nur oft genug den Pat. auf das Bestehen resp. den Nachlass der ursprünglichen Erscheinungen untersucht. Wünschenswerth ist natürlich eine möglichst genaue Prüfung aller nur möglichen Ausfallserscheinungen. In unserem Falle gab der Nachlass der Facialis- und Hypoglossusparese, während die übrigen Symptome in derselben Zeit unverändert bestehen blieben, uns den Wink, dass die Zerstörung in den hinteren Partien des Hinterschenkels der inneren Kapsel zu suchen sei und dass sie wahrscheinlicherweise die centrale Opticusbahn dauernd betroffen hatte. Hieraus ergiebt sich aber, dass die Hemianopsie, wie ich es früher betonte, sehr wohl als locales Heerdsymptom bei der Zerstörung der Gehirnsubstanz durch einen Bluterguss sich verwerthen lässt.

Dieses Symptom ist von hervorragender Bedeutung, wie schon Hauer bemerkt, in leichteren Fällen, die ohne einen apoplectischen Insult verlaufen; nicht minder gross ist ihr Werth zu local-diagnostischen Zwecken in den Fällen, die mit einem Insult einsetzen, wo aber die Hemianopsie permanent nachzuweisen ist; hier kann sie aber auch in frischen Fällen im Verein mit anderen Symptomen zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose verwerthet und prognostisch verwandt werden.

Zum Schlusse erlaube ich mir ein Verzeichniss der Mittheilungen und Abhandlungen über Hemianopsie aus der mir zugänglichen Litteratur hier beizufügen. Die folgende Uebersicht soll nur eine Ergänzung und Fortsetzung des von meinem Vorgänger Herrn Dr. P. Brasche in der Nr. 12 dieser Zeitschrift vom Jahre 1892, angegebenen Litteraturverzeichnisses sein, wo auch das hier Fehlende nachzuschlagen ist.

1. P. Brasche. Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie, mit links. homonym. Hemianopsie und Hemianaesthesie. (Petersb. med. Wochenschrift 1892. Nr. 12).

2. Th. Diller. A case of lateral homonymous hemianopsia. (Mendel. Neurolog. Centralblatt. S. 376).

3. H. Wilbrand. Ein Fall von Seelenblindheit und Hemianopsie mit Sektionsbefund (das. S. 519).

4. W. Zinn. Das Rindenfeld des Auges in seinen Beziehungen zu den primären Opticuscentren (das. S. 521).

5. Vialet. Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intracérébral. (Mendel. Neurol. Centralblatt 1894).

6. Vorster. Ueber einen Fall von doppelseitiger Hemianopsie mit Seelenblindheit. Photopsien und Gesichtsstörungen. (Mendel. Neurol. Centralblatt 1893, S. 302).

7. Dunn. Case of homonymous hemiopsia, with postmortem appearances (das. S. 303).

8. Vialet. Considération sur le centre visuel cortical à propos de deux nouveaux cas d'hémianopsie suivis d'autopsie. (Erlenmeyer. Centralblatt f. Nervenheilkunde und Psych. 1895. S. 320).

9. Mouisset. Hémianopsie d'origine corticale par ramollissement embolique. (das. S. 320).

10. Vialet. Considérations sur le centre visuel cortical à propos de deux nouveaux cas d'hemianopsie corticale suivis d'autopsie. (das. S. 590).

11. A. Pick. Ueber die topisch-diagnostische Bedeutung der Sehstörungen bei Gehirnerkrankungen. (Mendel. Neurol. Centralolatt 1895, S. 173).

12. K. Pontoppidan. Einige Fälle von Hemianopsie (das. S. 173).

13. K. Mills und E. de Schreinitz. The association of hemianopsia with certain symptom-groups, chiefly with reference to the diagnosis of the site of the lesion. (Mendel. Neurol. Centralblatt 1896, S. 1037).

14. J. Arnstein. Beitrag zur Casuistik der Hemianopsia homonyma und H. bitemporalis. (das. S. 594).

15. Köpper. Hemianopsie bes. in Beziehung zu Sensibilitätsstörungen. (Erlenmeyer· Centralblatt für Nervenheilk. und Psych. 1896, S 342 und Berliner klin. Wochenschrift 1896, Nr 1).

16. Liessmann. Rechtsseitige Hemianopsie mit Farbenstörung der linken Gesichtshälfte. (Erlenmeyer. Centralblatt 1896, S. 202).

Ein Fall von schwerer Dermatitis nach äusserlicher Application von Terpentinöl zum Zweck der Massage.

Von

Erwin Thomson.

L. St., 21. a. n., Magd in T. in Estland, von sehr kräftigem Aussehen, war am 20. October 1896 bei einem Sprung über einen Graben, gestürzt, hatte sich zwar sofort erheben können, jedoch einen heftigen Schmerz im rechten Sprunggelenk verspürt. Da die Schmerzen in den nächsten Tagen zunahmen, wurde ich am 23. October gebeten, die Pat. zu untersuchen. Die Untersuchung ergab nur starke Druckempfindlichkeit über dem rechten Sprunggelenk; Röthung oder Schwellung war nicht bemerkbar. Die Hautdecken waren intact. — Ich verordnete Ruhe und Priessnitzsche Umschläge.

Da die Schmerzen nicht völlig vergingen, nahm sich Anfang November eine geschulte Masseuse der Patientin an und massirte das Fussgelenk im Verlauf einer Woche 4 Mal. Am 14. November wurde sie jedoch durch das Aussehen des rechten Beines an der Massage gehindert. Ich fand folgendes:

Der rechte Fuss und Unterschenkel, bis fast hinauf zum Knie, ist prall geschwollen und stark geröthet; auf dem dorsum pedis befinden sich mehrere markstückgrosse Blasen, wie man sie bei Verbrennungen II-ten Grades zu Gesicht bekommt. Der Inhalt der Blasen ist eine klare, seröse Flüssigkeit.

Medicat: Hochlagerung des Beines und Borvaselinumschläge.

20. November 1896. Die Schwellung und Röthung des Beines hat abgenommen; auf dem gesammten dorsum pedis hat sich die Epidermis abgehoben; der seröse Inhalt der oben erwähnten Blasen ist in Eiterung übergegangen. Vom Sprunggelenk aufwärts, zum Knie hin allmählich abnehmend, ist ein starkes, pustulöses Ekzem aufgetreten. Das Allgemeinbefinden ist ungestört; in der rechten Unterextremität bestehen keine abnormen Empfindungen.

Medic: Zwei Mal täglich je 1 Stunde lang ein locales Bad von 27° R. für die rechte Unterextremität; zur Nacht Borvaselinverband.

Vom 21. November ab, gleich nach Aufnahme der Bäder, tritt zunehmende Besserung ein.

Am 25. Nov. hat sich die Epidermis des Fussrückens fast vollständig abgeschoben. Die Eiterung hat aufgehört; das pustulöse Ekzem des Unterschenkels ist in Rückbildung begriffen*).

Am 7. December ist restitutio ad integrum eingetreten, nur dass eine starke Pigmentirung der Haut zurückgeblieben ist.

Da es nicht gut anzunehmen war, dass die Dermatitis durch die angewandte Massage aufgetreten sei, so musste nach einer anderen Ursache gefahndet werden. Endlich gestand die Pat. ein, dass sie, die Eingriffe der Masseuse für zu gering erachtend, täglich eigenhändig eine gründliche Massage des rechten Sprunggelenkes mit Terpentinöl vorgenommen hätte.

Ich bin der Ansicht, dass sich die oben geschilderte Dermatitis auf Grund der Reizwirkung des Terpentinöls, unter Mitwirkung des starken mechanischen Insultes den Pat. selbst auf die Haut ausgeübt hat, entstanden ist.

*) Der grossen Entfernung wegen konnte der Fall leider nicht täglich beobachtet werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Adolf v. Bergmann (Riga): Die Lepra. Deutsche Chirurgie. Liefg. 10. b. 1897. Verl. v. Ferd. Enke. Stuttgart. (Mit einer chromolitogr. u. sechs schwarzen Tafeln).

Diese 112 enggedruckte Seiten umfassende Monographie wird vom Deutschen medicinischen Publicum sicherlich mit Freuden begrüsst werden, denn das Bedürfniss, sich mit der alten und in Westeuropa doch so wenig bekannten Seuche der Lepra, bekannt zu machen ist gegenwärtig, wo die Lepra auch innerhalb der deutschen Grenzmarken. (im preussischen Lithauen) aufgetreten ist, actuell geworden. Bei uns, wo Stadt und Land alle Kräfte anspannen, um des sich mehr und mehr ausbreitenden Aussatzes noch rechtzeitig Herr zu werden, wird Bergmann's Buch gewiss allseitig die wohlverdiente Beachtung und Anerkennung finden, steht doch der Verfasser als Kenner des Aussatzes schon lange in wohlverdientem Ruf und ist es doch seinen unablässigen Bemühungen in erster Linie zu verdanken, dass die Stadt Riga ein wohleingerichtetes Leprosorium von 100 Betten besitzt in welchem der grösste Theil, wenn nicht die Gesammtheit der Rigischen Leprösen isolirt ist.

Das Buch behandelt in zehn Kapiteln die geographische Verbreitung und Geschichte der Lepra, die Aetiologie, das Stadium der Incubation und der Prodrome, die pathologische Anatomie, die klinischen Erscheinungen der Lepra tuberosa und Lepra nervorum, die Diagnose und endlich die Behandlung der Krankheit.

Besonders werthvoll und ein rühmliches Zeichen für den Fleiss und die Gründlichkeit des Verfassers ist die 14 Seiten umfassende Zusammenstellung der riesigen Weltliteratur dieser Krankheit.

Es ist nicht unsere Aufgabe, den Inhalt des umfangreichen Werkes zu referiren, in welchem durchweg die Resultate des litterärischen Studiums mit den persönlichen Erfahrungen des Verfassers auf's Glücklichste vereint zur Darstellung gelangen.

Bergmann steht durchaus auf dem Standpunkt, welchen auch Referent einnimmt, dass nämlich die Lepra eine contagiöse Krankheit ist, die von Person zu Person übertragen wird, wobei Schmutz, dichtgedrängtes Zusammenwohnen in elenden Hütten und sonstige ungünstige hygienische Verhältnisse die Uebertragung begünstigen. Als logische Folge ergiebt sich hieraus, dass bei der Unheilbarkeit der Krankheit, eine erfolgreiche Bekämpfung der Seuche nur möglich ist auf dem Wege der Isolirung derselben aus dem menschlichen Verkehr. Und Bergmann steht denn auch nicht an, die Forderung der Isolirung der Kranken bis in ihre äussersten Consequenzen aufrecht zu erheben. Er verlangt die zwangsweise Ueberführung aller Leprösen in Leprosorien, für den Fall, dass dieselben sich nicht freiwillig in diese Anstalten begeben und eine genügende. staatlich controlirte Isolirung der Kranken in ihren Häusern nicht möglich ist. Er verlangt ferner, dass der Staat die Kosten des Unterhaltes der Aussätzigen in den Leprosorien auf sich nehme und zugleich für die Familie des Kranken in dem Umfange Sorge trage, als der Kranke es bei voller Arbeitsfähigkeit hätte thun können. Gegen diese Forderungen ist vom theoretisch-medicinischen Standpunkt gewiss nichts einzuwenden, und es ist für viele Fälle auch zuzugeben, dass die Internirung in einer gut geleiteten Anstalt den Kranken materiell in eine günstigere Lage versetzen würde, als er sie sich zu Hause schaffen könnte. Die Härte der Freiheitsentziehung bleibt dennoch bestehen, trotz aller von Bergmann postulirten Einrichtungen um das Leben im Leprosorium möglichst erträglich zu machen. Wir müssen deshalb bezweifeln,

dass die radicalen Bergmann'schen Vorschläge sich im practischen Leben bewähren würden.

«Leicht bei einander wohnen die Gedanken, doch hart im Raume stossen sich die Sachen!»

Die Erfahrungen, welche in den livländischen Leprosorien gemacht worden sind, sprechen nicht dafür, dass ein Lepröser sich leicht dazu entschliesst, sein ganzes Leben in der Monotonie eines Aussatzhauses, umgeben von den abstossendsten Bildern dieser scheusslichen Seuche zu verbringen. So lange er sich noch in den frühern Stadien der Krankheit befindet und einigermaassen arbeitsfähig ist, ist es keineswegs allein die Angst um seine unversorgte Familie, welche ihn dazu treibt, das Leprosorium zu verlassen, oder, wenn das auf gütlichem Wege nicht geht, aus demselben zu entspringen; ebenso stark wirkt auch die Sehnsucht nach dem heimathlichen Dorf, nach Freunden und Bekannten und endlich der Drang nach der Freiheit, diesem einzigen Gut das er bis dahin vielleicht noch sein eigen nannte. Man darf nicht vergessen, dass, sobald die zwangsweise Internirung staatlich angeordnet ist, die Leprosorien sich in Gefängnissanstalten verwandeln müssen, die sehr bald alle Popularität in der Bevölkerung verlieren würden. Die Folge wäre, dass die Krankheit noch viel häufiger verheimlicht werden würde, als das schon jetzt geschieht und die Seuche im Geheimen demnach weiter um sich griffe. Die schon jetzt so schwierige Constatirung der Lepraerkrankungen würde damit völlig unzureichend werden.

Wir lassen hierbei die Frage unberührt, ob ein moderner Staat sich überhaupt zu einem so schweren Eingriff in die persönlichen Rechte seiner Angehörigen entschliessen würde, wie es die lebenslängliche Freiheitsberaubung unzweifelhaft ist. So lange es sich nur um einzelne Wenige handelt, kann man von diesem Bedenken vielleicht absehen und die einzelne Persönlichkeit zum unfreiwilligen Opfer des Allgemeinwohls machen, wo aber die Zahl der Aussätzigen in die Hunderte und Tausende geht, da dürften solche Maassregeln doch allzuhart empfunden werden.

Und steht es denn wirklich so, dass man ohne eine zwangsweise Internirung auf allen Erfolg im Kampf gegen die Lepra verzichten muss? Ich glaube nicht. Die Erfahrungen, die man in Norwegen gemacht hat, sprechen dafür, dass man auch mit mildern Maassregeln zum Ziel kommen kann. Bis zum Jahr 1856 ist die Zahl der Leprösen in Norwegen beständig gewachsen, so dass sie sich schliesslich auf 2833 belief. Im Jahre 1856 wurde das erste Leprosorium in Bergen, im Jahre 1861 ein zweites bei Molde und ein drittes bei Drontheim eröffnet, so dass in jenem Jahr 711 und im Jahr 1866 795 Aussätzige, also etwa 29% aller Aussätzigen in den Leprosorien untergebracht waren. Die übrigen lebten zu Hause. Nun beginnt eine allmähliche aber stetige Abnahme der Leprösen, so dass im Jahre 1890 nur noch 954 Aussätzige in Norwegen vorhanden waren, von denen 507, also 53% sich in den Leprosorien befanden. Gegenwärtig befindet sich die Lepra in Norwegen im Aussterben. Welches sind nun die gesetzgeberischen Maassregeln, welche in Norwegen zu so erfreulichen Resultaten geführt haben? In Norwegen ist die Isolirung der Kranken in Leprosorien nie obligatorisch gewesen; sie ist aber dennoch, wie die obigen Zahlen beweisen in recht ausgiebigem Maasse geübt worden und allmählich mit der wachsenden Popularität der Leprosorien und dem zunehmenden Verständniss des Volkes in recht ausgiebigem Maasse geübt worden und allmählich von einem Viertel bis auf mehr als die Hälfte aller vorhandenen Kranken gestiegen. Diese Ausgiebigkeit der Isolirung wurde dadurch erreicht, dass der Staat alle Kosten für den Unterhalt der Kranken in den Leprosorien bestreitet und die Aussatzhäuser auf Kosten der Krone unterhält. Wer von den Kranken zu Hause bleiben will, muss seinen Unterhalt aus eignen Mitteln decken. Der Gemeinderath kann bestimmen, dass die Leprösen, welche zu Hause bleiben wollen, auch hier nach bestimmten Regeln isolirt werden müssen, im Wesentlichen wird verlangt, dass jeder Aussätzige sein eignes Bett und sein eignes Zimmer haben muss.

Ich bin der Ansicht, dass wir in Livland ebenso wie in Norwegen zum Ziel gelangen können auch ohne Zwangsisolirung, wenn nur genügend Raum geschafft wird für diejenigen Kranken, welche freiwillig die Leprosorien aufsuchen. Die Zahl der letztern ist nicht gering, und die Erfahrung lehrt, dass die 100 Betten, welche gegenwärtig für die livländischen Aussätzigen vorhanden sind, bei Weitem nicht ausreichen um alle Anmeldungen zu befriedigen. — Die Zahl der Leprösen in Livland beträgt 500—600, ohne die Stadt Riga, welche ihr eignes Leprosorium besitzt. Zunächst ist beabsichtigt, noch ein Leprosorium von 100 Betten zu gründen, so dass in hoffentlich nicht zu langer Zeit 260 Kranke von den 500 bis 600 in Aussatzhäusern untergebracht werden können. Der Unterhalt derselben wird aus der livländischen Landeskasse bestritten. Wir hoffen, dass wenn erst etwa die Hälfte der Aussätzigen ohne Zwangsmaassregeln in den Leprosorien untergebracht ist, dadurch allein eine Abnahme der Seuche eintreten wird. Die Erfahrungen in Norwegen berechtigen uns zu dieser Hoffnung.

Es ist selbstverständlich, dass auf gütlichem Wege, durch Belehrung und Aufklärung des Volkes und durch dringende Vorstellungen bei den Kranken selbst dafür gesorgt werden muss, dass diese sich so früh wie möglich und so zahlreich wie möglich in die Leprosorien aufnehmen lassen. Schon jetzt zeigt sich, dass die öffentliche Meinung des Volkes eine werthvolle Hilfe bietet im Kampf gegen die Lepra. In solchen Bauergemeinden, wo sich eine ansehnliche Zahl von Leprösen findet, werden dieselben von den Gesunden streng gemieden, sie finden keine Arbeit mehr und sehen sich aus diesem Grunde vielfach veranlasst, der Noth gehorchend in die Leprosorien zu gehen. Ein andrer Theil legt sich freilich auf Bettelei und Landstreicherthum — dass solche Vaganten durch die Polizei in ihre Gemeinden und von dort in die Leprosorien abgeschoben werden ist in der Ordnung.

Dr. Bergmann möge entschuldigen, dass aus dem Referat seines trefflichen Buches ein wissenschaftlicher Disput herausgewachsen ist; er möge das als einen Beweis ansehen für das Interesse, mit dem der Referent es gelesen hat. Dehio.

Vermischtes.

— Am zweiten März wurden in der St. Petersburger Augenheilanstalt, in Gegenwart mehrerer Vertreter des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria, die neuen Räume für zahlende Kranke eingeweiht. Sie befinden sich in einem Anbau des Hauptgebäudes und umfassen 4 Separatzimmer mit 5 Betten, ein Operationszimmer, Wannenzimmer, Wohnraum für die Wärtern etc. Die Einweihung dieser Privatzimmer ist als der vorläufige Abschluss einer Reihe von Umbauten und Verbesserungen anzusehen, welche die Anstalt im Laufe des letzten Jahres erfahren hat. Zu den wichtigsten dieser Veränderungen gehört die Einrichtung neuer, allen Anforderungen unserer Zeit entsprechenden Operationszimmer, die Anschaffung mehrerer werthvoller neuer Apparate (darunter: eines Sideroskops und eines grossen Electromagneten, eines Astigmometers, eines vervollkommneten Perimeters, einer grossen binocularen Hornhautlupe und drgl. m.) sowie endlich die Anlage von electrischen Leitungen, welche an Stelle der bisherigen Accumulatoren die verschiedenen electrischen Apparate (Magnet, Galvanocauter, Ophthalmoskopirlampen etc.) speisen sollen.

— Der Director des Medicinal-Departements des Ministerium der inneren Angelegenheiten Dr. Leo Ragosin, ist zum Geheimrath befördert worden.

— Die Gesellschaft der Podolischen Aerzte hat den früheren Moskauer Professor der Hygiene, Dr. Th. Erismann, welcher jetzt bekanntlich in Zürich lebt, zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Die Moskauer Gouvernements-Landschaftsversammlung hat auf Vorschlag des Gouvernements-Landschaftsamtes beschlossen, Prof. Th. Erismann den Dank und die Anerkennung der Landschaft auszudrücken für die werthvollen und nützlichen Dienste, welche derselbe 17 Jahre hindurch der Moskauer Landschaft bei der Organisation ihres Sanitätswesens geleistet.

— Zum Oberarzt des städtischen alten Katharinenhospitals in Moskau ist, der «Deutsch. Mosk. Ztg». zufolge, nicht Dr. Stepanow, wie wir nach den «Now. Dnja» meldeten, sondern der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Woldemar Schnaubert gewählt worden und hat derselbe sein Amt bereits angetreten.

— Prof. Dr. Wilhelm Winternitz in Wien ist anlässlich seines 40 jährigen Doctor-Jubiläums Gegenstand zahlreicher Ovationen gewesen. Ausser mehreren Adressen und vielen mündlichen, schriftlichen und telegraphischen Glückwünschen, die der Jubilar empfing, beglückwünschte ihn eine Deputation seiner Schüler unter Führung der derzeitigen Assistenten seiner Poliklinik und überreichte ihm eine bei Urban & Schwarzenberg erschienene, glänzend ausgestattete Festschrift.

— Verstorben: 1) Am 19. Februar in Warschau der Arzt des dortigen Cameralhofs Dr. Alexander Wolff im 57 Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung noch an der ehemaligen Warschauer Hauptschule erhalten, welche er im J. 1869 absolvirte. 2) In Moskau am 12. Februar Dr. Nikolai Swiniacki. Nach Erlangung seiner Arztwürde an der Kiewer Universität im Jahre 1894, fungirte der Verstorbene zwei Jahre als Ordinator an der geburtshülflichen Klinik des Professors Rein in Kiew und hielt sich dann behufs weiterer Vervollkommnung in Dresden auf. Nach Kiew zurückgekehrt, erkrankte er an Pemphigus, dem er nach längerer Krankheit erlag. 3) Am 28 Februar n. St. in Krakau der Professor der jagellonischen Universität Dr. Leo v. Halban im Alter von 59 Jahren. Der Verewigte war seit 1869 Professor der gerichtlichen Medicin an der erwähnten Universität und redigirte auch längere Zeit

hindurch die polnische medicinische Zeitschrift «Przeglad lekarski».

— In Odessa ist eine Gesellschaft von Aerzten für Nachtdejouren, welche an zwei Stellen der Stadt eingerichtet werden sollen in Bildung begriffen. Als Gründer werden die dortigen Aerzte Gliner, Kisser, Maisels und Ssimonowitsch genannt.

(Insh.-Russ. med. Gas. — Wr.).

— Wie Prof. Dr Kühne (Heidelberg), so hat jetzt auch Prof. v. Kries in Freiburg die Berufung an die Berliner Universität als Nachfolger Dubois-Reymond's abgelehnt.

— Der bisherige Privatdocent Sanitätsrath Dr. O. v. Heusinger in Marburg ist zum ausserordentlichen Professor der gerichtlichen Medicin ernannt worden.

— Dem Privatdocenten der Universität Freiburg Dr. Ernst Gaupp (Anatom) ist der Titel eines ausserordentlichen Professors verliehen worden.

— Prof. extraord. Dr. A Döderlein in Leipzig ist an Stelle des verstorbenen Professors Singer auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe in Groningen berufen worden.

— Die von uns bereits erwähnte Commission, welche von der preussischen Regierung im März-Monat zum Studium der Lepraheime in die baltischen Gouvernements gesandt wird, besteht aus dem Oberstabsarzt Dr. Kirchner aus der Medicinalabtheilung des preussischen Cultusministeriums, dem Regierungsrath Dr. Kübler aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte und dem Kreisphysikus Dr. Urbanowitsch aus Memel. Die Erfahrungen, welche man in unseren Lepraheime gemacht hat, sollen eventuell bei der Einrichtung des deutschen Leprosoriums im Kreise Memel verwerthet werden.

— Die Sammlung zum Besten der Leprakranken im Jakutengebiet hat im heil. Synod bis zum 1. Februar d. J. nahezu 20,000 Rbl. ergeben.

— Die Moskauer Gouvernements-Landschaftsversammlung hat auf Vorschlag des Landschaftsamtes 1500 Rbl. bewilligt zur Herausgabe einer Beschreibung des gegenwärtigen Zustandes und der Entwickelung der Landschaftsmedicin im Moskauer Gouvernement, behufs Vertheilung derselben unter die Mitglieder des XII. internationalen med. Congresses, sowie zum Empfange der ausländischen Gäste, falls dieselben die Landschaftshospitäler besuchen.

— Der 8 internationale Congress für Hygiene und Demographie, welcher in diesem Jahre in Madrid stattfinden sollte, wird, wie «The Lancet» erfährt, wahrscheinlich auf die Osterzeit des Jahres 1898 verlegt werden, da die spanische Regierung wegen des Aufstandes in Cuba sich gegenwärtig nicht mit den Vorbereitungen zum Congress beschäftigen kann.

— Ein Gesuch der Gesellschaft der Aerzte in Kursk behufs Erlangung der Concession zur Errichtung einer eigenen Apotheke, um die Beschaffung von Arzneien überhaupt zu verbilligen und den Armen dieselben unentgeltlich zu verabfolgen ist abschlägig beschieden worden.

— Prof. Robert Koch ist es gelungen mit Hülfe des Serums eine gewisse Immunität gegen die Rinderpest zu erzeugen. Wie er in seinem Bericht an den preussischen Landwirthschafts-Minister mitgetheilt, sind die Ergebnisse seiner Impfungs-Methode derartige, dass er zu Ueberzeugung gekommen ist, dass tausende Stück Vieh täglich dadurch gerettet werden können. Er beabsichtigt einen Unterrichtscursus für seine Methode in der Versuchsstation von Kimberley (Capcolonie) zu eröffnen.

— Von der internationalen Sanitätsconferenz in Venedig verlautet wenig, da die Verhandlungen derselben fürs Erste geheim gehalten werden. Die «Wiener med. Presse» erfährt übrigens, dass die Arbeiten der Conferenz einen raschen und günstigen Verlauf nehmen. Behufs Beschleunigung ihrer Arbeiten theilte sich die Conferenz in eine dyplomatische und eine technische Commission. Als Basis dieser beiden dienten die Beschlüsse der früheren Sanitäts-Conferenz in Venedig, Dresden und Paris. In der technischen Commission wurde der Ursprung, die Natur und insbesondere die Incubationszeit der Pest festgestellt. Die Commission einigte sich dahin, die Pest als eine infectiöse und contagiöse Krankheit zu erklären, deren Incubationsdauer zehn Tage beträgt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. März d. J. 7978 (141 mehr als in d. Vorw.), darunter 640 Typhus — (13 mehr), 890 Syphilis — (57 mehr), 191 Scharlach — (7 mehr), 94 Diphtherie — (15 wen.), Masern 125 — (19 mehr) und 25 Pockenkranke — (4 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. Februar bis 1. März 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
341	282	623	109	60	92	15	12	18	75	61	55	49	42	29	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 12, Scharlach 15, Diphtherie 20, Croup 5, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 3, Cholera nostras 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0. Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 14. Alkoholismus und Delirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 62. Todtgeborene 33.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. März 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 10. März 1897.

Дозв. ценз. Спб. 8 Марта 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 15. (27.) März **1897**

Zur Therapie der Retroversio *).

Von

Dr. Joh. Meyer.

Vortrag, gehalten auf dem Aerztetage zu Wenden am 31 August 1896.

In jüngster Zeit hat die operative Therapie der Retroversio einen grossen Theil der gynäkologischen Welt beherrscht, in Zeitschriften und in den Verhandlungen der Gesellschaften war sie ständig auf der Tagesordnung. Da ist es nicht zu verwundern, dass sich von mancher Seite her eine Reaction gegen die Polypragmasie auf diesem Gebiete geltend macht. Nachdem schon früher Vedeler[1]) und Salin[2]) den Standpunkt vertreten, dass die Retroversio uteri eigentlich nicht als Krankheit sui generis, sondern als eine mehr zufällige Complication anderer Leiden aufgefasst werden müsse, welch' letztere als eigentliche Ursache der Krankheitserscheinung anzusehen seien —, hat in jüngster Zeit Theilhaber[3]) wiederum gegen die gar zu eifrige orthopädische und operative Therapie Stellung genommen und die Retroversio als unwesentlichen Befund dargestellt.

Nicht eine Folge der Retroversio sind die Symptome, an welchen die Kranken leiden, sondern dieselben sind bedingt durch Atonie des Darmes, Endometritis, Metritis etc. — Ihm fiel auf, dass auch bei schlechter Lage des Uterus im Pessar die Beschwerden gehoben, umgekehrt bei guter Lage die Beschwerden ungeändert geblieben; dass die Endometritis durch Reposition nicht, Blutungen nur ausnahmsweise günstig beeinflusst wurden. Er bezweifelt die Möglichkeit der Blutstauung im Uterus durch die Retroversio, des Druckes, den der Fundus des verlagerten Organes auf die Nachbarorgane ausüben solle, er beanstandet den Zusammenhang der subjectiven Beschwerden mit der Deviation, weil oft bei hochgradigen Beschwerden die Rückwärtsbeugung geringfügig, bei kaum vorhandenen sehr ausgesprochen sei. Demgemäss gab er die orthopädische Therapie auf und erzielte bessere Erfolge durch sorgfältige Behandlung der Atonie des Darmes, der Neurasthenie durch Hydro-Psychotherapie etc.

Die Wirkung der orthopädischen Behandlung hält er für Suggestions-Erfolg. Die Retroversio ist ein äusserst häufiges Vorkommniss, welches nur bei Complication mit Prolaps therapeutisch anzugreifen sei, ebenso wie heute niemand mehr die Anteflexio uteri behandelt.

Der Altmeister B. S. Schultze[4]) selbst tritt in die Arena, um diese Verketzerung eines Grundprincips der modernen Gynäkologie zu bekämpfen und seine Principien und Indicationen bei der Retroversions-Therapie darzulegen. Es würde zu weit führen, diese interessante Controverse im Detail zu verfolgen. Wie so oft, stehen sich auch hier Anschauungen, Erfahrungen und Deutungen gewisser Erscheinungen diametral gegenüber. Wohl aber räumt Schultze ein, dass in Anbetracht der noch durchaus ungenügend geklärten Pathologie der Retroversio die von Theilhaber aufgeworfene Frage bei den gegenwärtig nur auf die Therapie gerichteten Bestrebungen der Gynäkologen «geradezu erfrischend wirkt».

Wenn ich auch den Ausführungen Theilhaber's durchaus nicht in vollem Umfange beipflichten kann, so bin ich doch der Ueberzeugung, dass in der That in Zukunft die Indication bei der Therapie der Retroversio strenger zu stellen ist, als es im Allgemeinen bisher geschah. Auch ich glaube, dass eine grosse Zahl der Retroversionen symptomlos bleiben und unter gewissen Verhältnissen keiner Therapie bedürfen. Gestatten Sie mir, in kurzen Zügen die Indicationen abzu-

*) Die Veröffentlichung ist nach dem Wortlaut des Vortrages abgedruckt. Die Kürze der für letzteren zugemessenen Zeit bedingte die gedrängte Darstellung, die im Wesentlichen nur den Zweck haben sollte, den versammelten Collegen die Frage der Retroversionstherapie in ihrem gegenwärtigen Stand zu schildern und dieselbe zur Discussion zu bringen.

[1]) Arch. f. Gyn. XXVIII. 2. 1886.

[2]) Hygiea 1894. II. S. 454.

[3]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. 4. 1895, Bd. III. 2. 1896.

[4]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 1. und 2. 1896.

grenzen. Die Eintheilung in mobile und fixirte Retroversio behalte ich der Uebersichtlichkeit wegen bei, erinnere jedoch zugleich daran, dass zwischen beiden Gruppen practisch keine absolute Grenze gezogen werden kann.

Bei der mobilen Retroversio ist eine locale Therapie contraindicirt bei der

a) sogen. angeborenen Retroversio der Virgines, wenn keine hochgradigen Beschwerden bestehen, die nur auf die Retroversio bezogen werden können;

b) bei jeder Retroversio, welche keine localen Beschwerden macht und nicht durch Vergrösserung des Uterus complicirt ist.

Indicirt hingegen ist die Therapie bei

a) allgemeinen subjectiven Beschwerden, Obstipation etc., wenn jede andere Therapie nach sorgfältigen Versuchen erfolglos blieb;

b) bei exquisiten localen Beschwerden, Kreuzschmerz, schmerzhafter Defaecation etc.

c) bei Endometritis, Metrorhagien, Vergrösserung des Uterus, stattgehabten Pelviperitonitiden, Erschlaffung des Beckenbodens, beginnendem Prolaps der vorderen Vaginalwand;

d) bei jeder im Puerperium constatirten Retroversio

e) bei eingetretener Gravidität;

f) bei einwandsfreien Reflexneurosen.

Für die einzelnen Indicationen als Beleg typische Beispiele anzuführen, erlaubt mir hier die Zeit nicht. Nur für die letzte Indication thue ich es, bei welcher dem Arzte seine Aufgabe durch die trügerischen Symptome der Hysterie ausserordentlich erschwert werden kann.

Frau B., III par, bisher nur wegen Catarrhus ventriculi intercurrent behandelt, erkrankt plötzlich an heftigen Schwindelanfällen, für welche sich trotz sorgfältiger Untersuchung keine Ursache fand und welche jeder Therapie trotzten. Bei Untersuchung des Genitalapparates fand sich eine uncomplicirte mobile Retroversio, nach deren Reposition die Schwindelanfälle sofort aufhörten. Nach einiger Zeit wurde die Patientin wieder von schwachen Schwindelanwandlungen beängstigt. Es fand sich, dass der Uterus zurückgesunken war; nach der Reposition war Patientin auf die Dauer von ihren Beschwerden befreit.

Bei der fixirten Retroversio kann die Indication zur Behandlung in folgender Weise gestellt werden. Bei ihr ist eine locale Therapie contraindicirt.

a) In allen Fällen, wo keine localen Beschwerden vorhanden sind, oder dieselben durch symptomatische Behandlung sowie durch die Therapie der Pelviperitonitis gehoben werden können.

b) In den Fällen, wo die Retroversio, wie bei Tubarsäcken, Tumoren etc. nur secundär eine Rolle spielt und die Therapie des Grundleidens massgebend ist.

Indicirt hingegen ist die Behandlung

a) bei Sterilität,

b) bei recidivirender Pelviperitonitis, bei Schmerzen und Blutungen, die einer symptomatischen Therapie nicht weichen wollen.

Wenden wir nun, m. H., unsere Aufmerksamkeit der Therapie selbst zu.

Anfangs beherrschte unbestritten die Pessartherapie das Feld. Die nicht unbeträchtliche Anzahl verschieden geformter Pessare, von denen der Mayer'sche Ring, das Thomas-, das Hodgepessar sowie das Schultze-sche Achterpessar wohl die grösste Verbreitung gefunden, beweist am Besten, dass damit das Ideal für die Retroversionstherapie noch nicht gefunden war. Die Pessartherapie entsprach in mancher Hinsicht den Anforderungen nicht, die an sie gestellt wurden, und hat sogar bei ungeschickter Anwendung und Vernachlässigung von Seiten der Patientinnen manches Unheil angestiftet. Einen bedeutsamen Schritt vorwärts sehen wir daher in der Methode Thure Brandt's[5]), welcher auf's Pessar verzichtend durch Massage, Gymnastik und namentlich durch die Uterus-Hebungen die Retroversio in vielen Fällen mit glänzendem Erfolg behandelte. Dieser Methode haften jedoch die Mängel an, dass sie sehr zeitraubend für den Arzt und die Patientin höchst beschwerlich ist, dass die langdauernden Manipulationen häufig für das Nervensystem der Kranken nicht für gleichgiltig gehalten werden können, dass dieselbe eine nicht unbedeutende Technik des Arztes voraussetzt, dass endlich die äusserst wirksamen Uterus-Hebungen die Hilfe einer sehr geschickten Assistentin erfordern. Alle diese Umstände haben dazu beigetragen, dass sich die Methode leider nur wenige Freunde erworben hat. Bei der hohen Entwickelung der operativen Gynäkologie konnte es nicht ausbleiben, dass letztere sich der Retroversionstherapie annahm und manche ihrer Vertreter dieselbe nur noch zu einer operativen zu gestalten geneigt erscheinen.

Die älteste der operativen Methoden[6]) ist die schon 1840 von Alquié vorgeschlagene und 1881 von Alexander unter Eröffnung des Leistencanals ausgeführte Verkürzung der ligg. rotunda, welche sich lange Zeit hindurch in Deutschland nicht recht einbürgern konnte. Kocher[7]) modificirte die Operation derart, dass er das vorgezogene ligg. rot. nicht resecirte, sondern dasselbe in seiner ganzen Ausdehnung an die Aponeurose des m. obl. ext. annähte. Seither ist die Operation häufiger, namentlich von Werth[8]) und Küstner[9]) ausgeführt worden. Sie scheint nicht nur gute Dauererfolge aufzuweisen, sondern auch auf Gravidität und Geburt keinen nachtheiligen Einfluss auszuüben. Der angestrebte Operationseffect lehnt sich so eng an die natürlichen anatomischen Verhältnisse an, die Beweglichkeit aller Organe bleibt erhalten, innerhalb der Bauchhöhle werden keine abnormen Fixationen geschaffen, so dass im Princip gegen diese Operation keine Bedenken vorliegen. Der vielfach berichtete abnorme Wundverlauf, die Abscessbildungen (Kreutzmann)[10]) sind nicht der Methode zur Last zu legen. Die technischen Schwierigkeiten, die bei zu schwacher Entwicklung der Ligg. beim Aufsuchen derselben eintreten, lassen sich überwinden. Wie weit durch den Eingriff in der Folge Hernienbildung veranlasst werden kann, lässt sich zunächst nicht übersehen.

Mir gehen persönliche Erfahrungen über diese Methode zur Zeit noch ab, doch glaube ich, dass in Fällen mobiler Retroversion, bei welchen die Pessartherapie erfolglos bleibt, sich diese Methode in der Zukunft allgemeinerer Anerkennung erfreuen wird.

Als zweite Operationsmethode beansprucht die Ventrifixation unser Interesse. Sie wurde von Köberle zuerst ausgeführt, von Olshausen[11]) methodisch geübt. Er nähte den Anfangstheil der ligg. rot. an die Bauchwand an. Leopold[12]) fixirte den Fundus selbst; Klotz[13]) nähte eine Tube oder den Ovarialstiel in die Bauchwunde ein und legte um zu drainiren und eine festere Fixation zu erzielen ein Glasdrain über dem Uterus in den Douglas ein, dessen durch Adhäsionen gebildetes Bett sich in einen narbigen Strang verwandelte. Kaltenbach[14]) fixirte den Uterus ohne das Peritoneum zu spalten; Sänger[15]) nähte in einem Fall, wo

[5]) Brandt, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891.

[6]) Bei Schilderung der Operationsverfahren habe ich vielfach die Zusammenstellung und die Literatur-Angaben von Prof. Rubeşça benutzt. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. 4. 1895.

[7]) Arch. f. Gyn. Bd. 44. p. 356.

[8]) Werth: Ueber die Anzeigen zur oper. Beh. Retrov. ut mob. etc. Festschrift 1894. Weser.

[9]) Centrlbl. f. Gyn. 1895. № 7.

[10]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 4.

[11]) Centrlbl. f. Gyn. 1886. Nr. 43.

[12]) Centrlbl. 1888. Nr. 11.

[13]) Centralbl. 1887. Nr. 1.

[14]) Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 42.

[15]) Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr. 38.

der Urachus erhalten war, den Uterus an den Blasenscheitel an, verschiedene andere Modificationen wurden angegeben. Die principiell wichtigste Modification ist die von Werth[16]) (publ. von Westphalen) geübte Vesicofixation. Um die Bildung intraperitonealer Hernien mit consecutivem Ileus zu vermeiden näht er, wie es Sänger schon ausgeführt, das Peritoneum des Uterus und der Blase vom Grunde der Plica an sagittal aneinander und fügt behufs Erzielung festerer Fixation rechts und links die Tubarwinkel des Uterus an die Bauchwand mit Silkworm an. So gewinnt er eine T-förmige Fixation, welche Hernienbildung absolut ausschliesst. Unter 42 Fällen verlor er einen, in sieben Fällen war der Wundverlauf nicht ungestört; functionelle Blasenstörungen waren nur in wenigen Fällen vorübergehend vorhanden.

Die Ventrifixation führt alle directen Gefahren und Nachtheile der Laparotomie mit sich. Die Bauchhernien lassen sich noch nicht mit Sicherheit vermeiden; es kann zur Bildung unberechenbarer Adhäsionen kommen die, neue Störungen und Beschwerden veranlassen.

Functionsstörungen des Uterus in der Schwangerschaft und bei der Geburt können durch die abnormen Fixationen hervorgerufen werden, welche zu ernsten Bedenken gegen diese Operationen Anlass geben. Die Neigung zum Abort ist unleugbar; schwere Blutungen (einmal letal) sind beobachtet worden; in einem mir persönlich bekannten Fall musste die Sectio caesarea gemacht werden.

Gottschalk[17]) fand beim Ausräumen eines Abortes die hintere Wand und den Fundus ganz dünn ausgezogen, die vordere fixirte Wand stark verdickt, — es ist evident, dass durch die Fixation abnorme Dehnung der nicht fixirten Uterusabschnitte, ungünstige Lage der Frucht und verhängnissvolle Störungen des Geburtsverlaufes veranlasst werden können. Aus diesen Gründen ist es geboten, die Ventrifixation nur bei strengster Indication bei fixirter Retroversio auszuführen, wo feste Adhaesionsbildung oder Adnexerkrankungen die Laparotomie an und für sich erforderlich machen und die Ventrifixation gewissermassen beiläufig den Abschluss der Operation bildet.

In einer weitgrösseren Zahl von Fällen, als die eben beschriebenen Methoden, ist die Fixation des Uterus an die Vagina ausgeführt worden. Von Sänger ist die Idee ausgegangen, unabhängig von ihm trat Schücking[18]) 1887 praktisch an die Frage heran mit seiner vaginalen Ligatur der Gebärmutter. Er führte vom Endometrium her einen Faden, nachdem die Blase nach Kräften hinaufgeschoben, durchs vordere Scheidengewölbe in die Vagina und knüpfte die Ligatur in letzterer. Die anfangs in Abrede gestellte Möglichkeit der Blasenverletzung erwies sich als naheliegend; Schücking umging diese Gefahr, indem er vorher die Blase vom Cervix löste und so hoch hinauf dislocirte. Er hat 217 Fälle ohne Todesfall zusammengestellt. Diese Methode gab Anstoss zu einer Reihe von Modificationen (Zweifel), bis endlich Mackenroth[19]) die typische Vaginafixation angab. Er machte einen frontalen und einen sagittalen Vaginalschnitt, und legte ohne Eröffnung des Peritoneums die fixirenden Nähte möglichst hoch über dem inneren Muttermund durch Uterus und Vagina, späterhin unter Durchstechung des Peritoneums der Excavatio vesico-uterina. 1895 sah ich ihn unter Eröffnung des Peritoneums operiren, wobei er das Peritoneum der Blase nahe dem Fundus an den Uterus annähte und dann die vaginalen Nähte applicirte. Winter[20]) legte die oberste Fixationsnaht möglichst nahe an den Fundus, und machte die vordere Vaginalwand durch eine Kolporhaphie straffer; Dührssen[21]) hat unabhängig von jenem von vornherein die Fixation des Fundus betont. Er fixirte den Uterus durch Nähte, welche die Mucosa der Vagina nicht umfassten, somit versenkt wurden. Nachdem jedoch mehrfach diese Fäden in die Blase gewandert und zu Steinbildung geführt hatten eröffnete er seit 1894 das Peritoneum, zog den Uterus durch die Oeffnung vor und nähte den Fundus mit Silkworm an die Vagina an. Er hat 207 Fälle operirt, einen Todesfall an Sepsis erlebt, ca 83% Heilungen erzielt. Fritsch und Küstner[22]) machen nur den sagittalen Schnitt, eröffnen das Peritoneum, nähen die Blase zurück und fixiren dann den Uterus. P. Müller[23]) operirte 43 Fälle, ohne das Peritoneum zu eröffnen, dislocirte die Blase hoch nach oben und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Auch die Adhaesionen bei fixirtem Uterus wurden von Dührssen und Martin durch die im Peritoneum gesetzte Wunde gelöst und der mobilisirte Uterus an die Vagina fixirt.

Die Erwartungen, die an diese Operation geknüpft wurden, der eine grosse Zukunft beschieden schien, bestätigten sich jedoch nicht. 1895 theilte Graefe[24]) einen Fall mit, wo nach Vaginafixation anlässlich Querlage und Eclampsie der Kaiserschnitt gemacht werden musste.

Velde[25]) berichtete in demselben Jahr über einen Fall, der die Porro-Operation erforderlich machte, Strassmann[26]) über eine äusserst schwere Wendung, Mackenroth[27]) selbst über einen weiteren Fall überaus schwieriger Entbindung, die durch Extraction am Fuss beendet wurde. Mackenroth erklärte die Operation für nicht mehr zulässig der Möglichkeit so ernster Geburtscomplicationen wegen; die wenigen Vertreter der Methode, die heute noch für dieselbe eintreten, werden bei den Bedenken gegen dieselbe auf die Dauer kaum ihren Standpunkt aufrecht erhalten können. Jedenfalls kann von einer unbegrenzbaren Anwendbarkeit der Operation nicht mehr die Rede sein. Wie der Chirurg eines Schlottergelenkes wegen nicht sofort zur Resection desselben schreiten darf, so dürfen auch wir nicht ein Organ, bei dessen Functionen die Beweglichkeit das erste Postulat bildet, einer relativen Indication wegen durch Schaffung abnormer Fixationen aus einem pathologischen Zustand in einen anderen versetzen. Ausserdem erscheint das Dauerresultat durchaus nicht garantirt, wir dürfen uns endlich nicht verhehlen, dass jede vaginale Operation der sehr schwierigen Durchführung der Aseptik wegen ihre Bedenken hat. Die Nähe der Urethra, der häufigen kleinen garnicht zu desinficirenden Lacunen um letztere, der Bartholinschen Drüsen und des Afters begründen diese Bedenken. Störungen des Wundverlaufes sind garnicht so selten beobachtet worden. Nur eine Indication für die Operation erhalte ich aufrecht: es ist das die Anwendung derselben in den Fällen, wo kurz vor oder schon nach dem Eintritt der Klimax wegen beginnendem Prolaps bei zugleich bestehender Retroversio plastische Operationen nöthig sind. In diesen Fällen vervollständigt die Vaginafixation nicht nur das angestrebte Operationsresultat, sondern sie erfüllt zugleich eine wichtige prophylactische Aufgabe, indem sie durch Beseitigung der Retroversio zugleich einem Recidiv des Prolapses vorbeugt.

[16]) Mon. f. Geb u. Gyn. Bd. II. 1.
[17]) Centr. f. Gyn. 1891. Nr. 8.
[18]) Centralbl. f. Gyn. 1888. Nr. 12 u. a. a. Ort.
[19]) Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 25.
[20]) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 27.
[21]) Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 47.
[22]) Fritsch, Bericht über d. Gyn. Oper. Berlin 1893.
[23]) Mon. f. Geb. Gyn. Bd. I. Nr. 4.
[24]) Mon. f. Geb. Gyn. Bd. II. Nr. 6.
[25]) Berl. kl. Wochenschrift 1895. Nr. 36.
[26]) Ebendaselbst pag. 1015.
[27]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. Nr. 5.

Ueber die von Wertheim[28]) vorgeschlagene Fixation des Uterus durch Einnähen der ligg. rotunda (analog der Alquié-Alexander-Operation) in die Vagina nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, sowie die von Mackenroth[29]) und Staude[30]) jüngst geübte Annähung des Uterus an die Blase auf vaginalem Wege (analog dem Werth'schen Verfahren nach der Laparotomie) als Ersatzoperation für die Vaginafixation lässt sich zunächst noch nicht urtheilen. Bei ersterer erregt die durch sie veranlasste Abknickung der Tuben, bei letzterer die Fixation des Uterus an die überaus dehnbare Blase principielle Bedenken. Die sero-seröse Verbindung des Uterus und der Blase lässt die Gefahr des Recidivs, die feste Verbindung die Bildung von Blasendivertikeln, Uretherenverzerrung etc. befürchten.

Das letzte Operations-Verfahren, das wir zu betrachten haben, besteht in der Retrofixation des Cervix, welche Frommel[31]) von der Bauchhöhle aus durch Verkürzung der ligg.-recto-uterina aus anstrebte. Sänger[32]) suchte durch Ligaturen, welche von der Vagina aus in der hinteren Wand des Cervix nach oben, dann im Bogen über die ligg.-recto-uterina nach Innen durch den Boden des Douglas wieder in die Vagina verlaufen, dasselbe Resultat zu erzielen. Stratz[33]) spaltete den Damm, eröffnete von dort aus den Douglas und nähte die gelöste Scheidenwand an die hintere Wand des Douglas an. Auch Schultze[34]) glaubt, dass sich auf diesem Wege die Sicherung der Normallage auf operativem Wege wird erreichen lassen. Ueber dieses Verfahren ist heute noch kein Urtheil möglich.

Bei Skizzirung der bei der Retroversio angewandten Operationsmethoden habe ich bereits die Zulässigkeit derselben nach dem heute einzunehmenden Standpunkt bezeichnet. Ich habe Ihnen, m. H. dargelegt, wie dieselben nur in streng gesichteten Fällen angezeigt sind. Bei mobiler Retroversion soll die Pessartherapie das Normal-Verfahren bleiben. In den seltenen Fällen, wo bei Jungfrauen die locale Theraphie nothwendig ist, soll das Pessar womöglich in der Narkose applicirt werden. Wenn der Uterus im Pessar nicht gut liegen bleibt, soll durch Massiren der Bandapparate, namentlich der Douglas-Falten deren Elasticität und Tonus vermehrt werden. Wo es sich durchführen lässt, empfiehlt es sich dabei die Uterushebungen anzuwenden. Sollte abnorme Kürze der vorderen Vaginalwand die Wirkung des Pessars stören, so kann nach Skutsch eine Verlängerung derselben operativ bewirkt werden. Ist der Beckenboden schlaff, der Introitus klaffend, so dass das Pessar keinen Halt findet, so ist eine plastische Operation, resp. eine Perineauxesis an und für sich schon erforderlich; nach ihrer Ausführung wird das Pessar gute Dienste leisten. Sollten starre Narben im Scheidengewölbe der Wirkung des Pessars entgegentreten, so ist die Durchtrennung derselben am Platz. Die meisten Hindernisse wird die Massage beseitigen. Sollte trotzdem die Pessartherapie erfolglos bleiben oder nicht vertragen werden, so ist bei strenger Indication zur Beseitigung der Deviation die Kochersche Modification der Alquiés-Alexanderschen Operation am Platz, — nur in solchen Fällen, wo der Eintritt der Gravidität ausgeschlossen ist, die Vaginafixation. Bei puerperalen Retroversionen ist eine operative Therapie ausgeschlossen. Ueber die Details der Pessartherapie, die Frage, wie lange ein Pessar getragen werden soll, muss ich heute genauere Angaben zu machen verzichten.

Auch bei fixirter Retroversio kann in scheinbar aussichtslosen Fällen die Massage, combinirt mit mechanischen Dehnungen, sei es gewaltsam in der Narkose nach Schultze, sei es in wiederholten Sitzungen im Anschluss an die Massage, oft gradezu überraschende Resultate haben. Namentlich die bekannten Handgriffe, per-rectum leisten in diesen Fällen vorzügliche Dienste. Straffe, fette Bauchdecken können allerdings unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten.

Viel Geduld und manuelle Geschicklichkeit erfordert freilich diese Therapie. Nur in den seltensten Fällen wird die Lösung der Fixationen durch die Laparotomie erforderlich sein, nach welcher es freilich rathsam erscheint, dem Uterus nach der Werth'schen Methode durch die Ventro-vesicofixation die normale Lage zu sichern. Zu diesem Eingriff wird der Entschluss nicht leicht sein. Die sociale Stellung der Patientin, die Ansprüche, welche ihre Lebensverhältnisse an ihre Leistungsfähigkeit stellen, sind hier genügend zu berücksichtigen. Handelt es sich doch stets in diesen Fällen um eine relative Indication!

M. H! Eine detaillirtere Motivirung der speciellen Indicationen, sowie eine speciellere Beschreibung der therapeutischen Technik zu geben verbietet mir die gedrängte Kürze der Behandlung unserer Frage. Persönliche Uebung, unermüdliche Ausdauer und Geduld bei Ausübung der schwierigen orthopädischen Therapie, geschicktes Individualisiren von Fall zu Fall können durch weitläufige theoretische Auseinandersetzungen nicht erzetzt werden. Auf ihnen basirt in der Therapie der grossen Mehrzahl der Retroversionen der Erfolg, der Sie für die angewandte Mühe entschädigen wird, wenn Sie ohne verstümmelnde Operationen Ihre Patienten von den Beschwerden ihres Leidens befreien konnten.

[28]) Centralbl. f. Gyn. 96. Nr. 10.
[29]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 2.
[30]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 1.
[31]) Centralbl. f. Gyn. 1890. Nr. 6.
[32]) Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 44.
[33]) Zeitschr. f. Geb, u. Gyn. Bd. XXI. Nr 2.
[34]) Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. Nr. 2.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. 7.—11. Lieferungen (II. Bd., 2. und 3. Lieferungen; III. Band, 4. und 5. Lieferungen; I. Band, 3. Lieferung). Wien, 1896—1897, Alfred Hölder.

Die Herausgabe des berühmten, vom Privatdocenten Dr. Heymann redigirten Sammelwerkes schreitet rüstig fort. In kurzer Zeit sind 5 weitere Lieferungen erschienen, deren verschiedene Capitel wiederum von sehr bewährten Kräften bearbeitet sind. In der 7. Lieferung bespricht zunächst Privatdocent Dr. E. Bloch die allgemeine Semiotik und allgemeine Therapie der Rachenkrankheiten; die ungemein vielgestaltigen Symptome, die durch Erkrankungen des Rachens erzeugt werden, die örtlichen sowohl, wie die allgemeinen, die Prophylaxe und die verschiedenen Behandlungsmethoden werden vom Verf. mit der grössten Ausführlichkeit erörtert. Eine zwar kurze, aber sachgemässe Darstellung finden darauf die acuten Entzündungen des Rachens und des Nasenrachenraumes von Dr. Kronenberg. Die 8. Lieferung enthält zwei für den praktischen Arzt und Laryngologen äusserst wichtige Capitel — die pharyngitis diphtherica von Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler und die chronischen Entzündungen des Rachens und Nasenrachenraumes von Prof. Dr. O. Chiari. Ersteres bildet gewissermaassen eine Monographie über die betreffende Krankheit, während im zweiten mit grosser Sorgfältigkeit ein vollständiges, klares Bild von den verschiedenen Formen des chronischen Nasenrachencatarrhs gegeben wird. Die 9. und 11. Lieferungen sind den Krankheiten der Nase gewidmet. In kurzen und klaren Zügen schildert zunächst Dr. M. Hajek die differentielle Diagnostik der Eiterungen und Ulcerationen in der Nase und darauf Privatdocent Dr. E. Bloch die zahlreichen bei den Nasenkrankheiten angewandten therapeutischen Methoden, die mechanischen sowohl, wie die medicamentösen und operativen. Den nächsten Abschnitt bildet die vom Privatdocenten Dr. P. H. Gerber sorgfältig bearbeitete Darstellung der Rhinitis acuta, während die Rhinitis chronica simplex und hypertrophica vom Privatdocenten Dr. F. Klemperer ausführlich besprochen wer-

den. Eine ebenso detaillirte Bearbeitung fanden auch die Rhinitis atrophicans foetida (Ozaena) und non foetida durch Dr. Rob. Krieg und die Erkrankungen der Nasenscheidewand von Dr. Victor Lange. Die 10. Lieferung enthält den Schluss der von Prof. Dr. J. Rich. Ewald bearbeiteten Physiologie des Kehlkopfes und die Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes und der Luftröhre von Prof. Dr. B. Fränkel. Ein näheres Eingehen auf den Inhalt der vorliegenden Lieferungen müssen wir uns leider wegen Raummangels versagen und begnügen uns damit das vorzügliche Werk unseren Lesern nochmals auf das Wärmste zu empfehlen. Druck und Ausstattung desselben sind ausgezeichnet.

A. Sacher.

Prof. C. Schweiggers Vorlesungen über den Gebrauch des Augenspiegels, als ein Lehrbuch der Ophthalmoskopie für Studirende und Aerzte bearbeitet und erweitert von Dr. R. Greeff (Berlin). Mit 41 Holzschnitten im Text. Wiesbaden. Bergmann. 1895.

Dr. L. Koenigstein (Wien). Die Anomalien der Refraction und Accomodation. Praktische Anleitung zur Brillenbestimmung, mit 47 Holzschnitten. 2. Auflage. Wien und Leipzig. Braumüller. 1895.

Dr. A. Elschnig (Wien). Die Functionsprüfung des Auges, für Studirende und Aerzte dargestellt, mit 31 Figuren im Text. Leipzig und Wien. Deuticke. 1896.

Prof. Dr. Pflüger (Bern) Sehproben und Sehprüfung. Optotypi Pflüger. Ausgabe für Aerzte. Text und Tafeln. 2. Auflage. Basel und Leipzig. Sallmann. 1896.

Die ophthalmologische Literatur ist in den letzten zwei Jahren wiederum durch eine Reihe kleinerer Compendien bereichert worden, welche einzelne für den Unterricht in der praktischen Augenheilkunde besonders wichtige Capitel in specieller Bearbeitung dem Studirenden sowohl wie dem praktischen Arzte darlegen sollen. Indem wir hier die genannten Bücher als durchaus brauchbar und zweckentsprechend empfehlen, bitten wir zugleich die Verspätung dieser Besprechung zu entschuldigen.

Schweigger's Vorlesungen über den Gebrauch des Augenspiegels stellen in der Greeff'schen Bearbeitung einen trefflichen Leitfaden der Ophthalmoskopie dar. Eintheilung und Behandlung des Stoffes lassen an Folgerichtigkeit und Klarheit nichts zu wünschen. Diese «Vorlesungen» bieten ausserdem noch ein besonderes historisches Interesse, da sie in ihrer ursprünglichen Form in den 60-er Jahren, also in jener Zeit erschienen sind, als der Augenspiegel eben erst Gemeingut aller Aerzte zu werden begann. Nach einer kurzen optischen Einleitung und einer Betrachtung über das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels, werden zunächst die Methoden der ophthalmoskop. Untersuchung (focale Beleuchtung, Durchleuchtung (richtiger Aufleuchtung! Ref.) des Auges, Untersuchung im aufrechten und im umgekehrten Bilde), sowie die Principien der verschiedenen ophthalmoskop. Instrumente (Refractions-Ophthalmoskopie etc.) dargelegt. Es folgen in den weiteren Capiteln: die Untersuchung der brechenden Medien, der normale Augenhintergrund und seine physiolog. Abnormitäten, die ophthalmoskop. Bestimmung der Refraction (inclusive Skiaskopie) und schliesslich die ophthalmoskop. sichtbaren pathologischen Veränderungen: der Chorioidea, der Retina und des Sehnerven. Bei Besprechung der normalen und der patholog. opthalmoskop. Bilder finden die zu Grunde liegenden anatomischen Verhältnisse eingehende Berücksichtigung.

Nach alledem stellt sich dieses Buch den bisher erschienenen Compendien der Ophthalmoskopie würdig an die Seite; es kann besonders zum Gebrauche in Augenspiegel-Cursen empfohlen werden. Ausstattung und Illustration sind durchaus gut und zweckentsprechend.

Koenigstein bietet ein sehr brauchbares Compendium der Refractions- und Accomodations-Anomalien, zugleich als Leitfaden zur Brillenverordnung. Die Darstellung ist eine sehr klare und leicht fassliche Im allgemeinen Theil werden die Hilfsmittel (Brillenkasten, Sehproben, Augenspiegel) sowie die verschiedenen Methoden der objectiven Refractionsbestimmung kurz erörtert. Im speciellen Theil sind die verschiedenen Anomalien der Refraction und Accomodation einzeln abgehandelt; In jedem Abschnitt werden zahlreiche concrete Fälle als Beispiele vorgeführt, welche die theoretischen Auseinandersetzungen sehr beleben und das Verständniss des Gesagten wesentlich erleichtern. Der Anhang enthält zwei Zusammenstellungen als «Schlüssel» zur Bestimmung der Refraction, sowohl mit Sehproben und Gläsern allein, wie auch mit dem Augenspiegel; die den verschiedenen Refractionszuständen entsprechenden Untersuchungs Befunde sind hier in übersichtlicher Form tabellarisch zusammengestellt. Das kleine, gut ausgestattete Buch ist Aerzten und Studirenden bestens zu empfehlen.

Elschnig behandelt die gesammten Functionsprüfungen des Auges, sowohl diejenigen des monoculären wie auch die des binoculären Sehens. Im ersten Theile finden wir die Untersuchung der Refraction, Accomodation und Sehschärfe, die subjectiven und objectiven Methoden der Refractionsbestimmung, die einzelnen Anomalien der Refraction und die dazu gehörige Brillenverordnung. Ferner die Untersuchung des Gesichtsfeldes, des Farbensinnes, des Lichtsinnes und die Functionsprüfung bei getrübten Medien. Der zweite Theil enthält die Untersuchung der Pupillenbewegung, der Lidbewegung und der Augenbewegung, die Augenmuskelbewegungen und Krämpfe, das manifeste und latente Schielen, die Fusion, das Binocularsehen. Das Schlusscapitel giebt einige Anhaltspunete für die Entdeckung simulirter Blindheit oder Schwachsichtigkeit. Der sehr umfangreiche und vielseitige Stoff ist hier kurz und klar abgehandelt. Das Buch eignet sich gut zur Orientirung über die verschiedenen in praxi geübten Methoden und ist daher auch eine gute Ergänzung zu beliebigem Lehrbuch der Augenheilkunde. Die Ausstattung lässt nichts zu wünschen.

Pflüger's Sehproben, die für das Sprechzimmer des Arztes wie auch für Schulen, Rekrutirungs-Behörden u. dgl. m. bestimmt sind, sollen eine einheitliche Bestimmung der Sehschärfe für Ferne und Nähe ermöglichen. Sie bestehen aus zwei grossen Tafeln für die Ferne, welche auf eine Distanz von 10 Metern berechnet sind, und einer auf 0,1 verkleinerten identischen Tafel für die Nähe. Die Entfernung von 10 Metern wird dadurch gewonnen, dass die Tafeln in einem auf 5 Meter entfernten Spiegel gesehen werden, weshalb auch die Aufschriften zum Theil in Spiegelschrift gedruckt sind. Die Proben enthalten nur Gabelfiguren, keine Schriftzeichen, sodass sie in gleicher Weise für Alphabeten wie Analphabeten brauchbar sind; ausserdem auch die übliche Sternfigur für Bestimmung der Meridiane beim Astigmatismus. Die Grade der Sehschärfe sind in Decimalbrüchen ausgedrückt; bei directer Prüfung auf 5 Meter ohne Spiegel müssen die gefundenen Werthe durch 2 dividirt werden. Die Ausführung der Sehproben ist eine tadellose. Der erläuternde Text enthält neben der Gebrauchsanweisung dieser «Optotypi» einige allgemeine Bemerkungen über Sehproben, Sehschärfe und Refractionsbestimmung. (Ref. ist es aufgefallen, dass Verf. unter andern nicht auch der Sehproben der St. Petersburger Augenheilanstalt (Ricker, 1885 und 1893) erwähnt, welche gleichfalls nach dem Decimalsystem angeordnet, zugleich international sind, und sich recht weiter Verbreitung erfreuen.)

Blessig.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden

29.—31. August 1896.

Zweite Sitzung

den 29. August 1896. Nachmittags 4½ Uhr.

1. Herr Dr. M. Gurwitsch. — Jurjew (Dorpat), hält seinen angekündigten Vortrag über: «**Balantidium coli im menschlichen Darm**», (nebst Demonstration).

Vortragender berichtet über 7 von ihm beobachtete Fälle von Balantidium coli im menschlichen Darm. (Demonstration eines lebenden Parasiten). Ref. hält das Vorkommen des Parasiten für nicht selten und betont die durch denselben verursachte schwere Colitis, die auch zu einem tödtlichen Ausgang führen kann.

(Der Vortrag erscheint russisch im Nov. Hefte des Русскій Архивъ паталогіи клиническоі медицины и бактеріологіи, und deutsch demnächst in der Petersb. medicinischen Wochenschrift).

2. Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. Bergengrün. (cf. Protokoll d. I. Sitzung).

a) Prof. Petersen — St. Petersburg. Ich erlaube mir nur eine kleine Bemerkung zu dem sehr interessanten Vortrage des Collegen Bergengrün. B. führt an, die Röthung und Schwellung der Larynxschleimhaut wären Anfangssymptome der Leprösen Erkrankung (1 Stadium). Auf Grund meiner Beobachtungen an Syphilitischen möchte ich einer derartigen Annahme widersprechen. Ich leugne eine specifische Laryngitis catarrhalis syphilitica, von welcher in den Handbüchern die Rede, und glaube aus der Analogie mit der Syphilis

schliessen zu dürfen, dass ein specifischer lepröser Catarrh nicht besteht. Die Röthung und Schwellung bilden, weder für die Syphilis noch für die Lepra specifische Erscheinungen. Was die Epistaxis betrifft, so will ich dieselbe durchaus nicht als eine Prodromalerscheinung auffassen, sondern wir beobachten in diesen Fällen bei der Rhinoscopie stets palpabele Veränderungen wie z. B. Knoten.

b) Dr. Bergengrün. — Riga. Ich habe es in meinem Vortrage schon besonders hervorgehoben, dass die prodromale Epistaxis bei der Lepra in dem Leprosorium zu Riga nicht beobachtet worden ist: ich glaubte jedoch auf das Vorkommen derselben aufmerksam machen zu müssen, weil eine grosse Anzahl namhafter Lepraforscher das Nasenbluten als eine sehr häufige Erscheinung erwähnt. Andere, denen ein nicht minder reiches Material zur Verfügung steht, berühren die prodromale Epistaxis gar nicht. Es scheint demnach dass in verschiedenen Ländern, verschiedene Beobachtungen vorliegen.

c) Dr. v. Bergmann — Riga. Ich beobachtete dasselbe Material an welchem Herr Dr. Bergengrün seine Studien gemacht hat, kann es aber durchaus nicht unterschreiben, dass der lepröse Process mit einem Catarrh eingeleitet wird. Ich habe nichts gesehen was als Catarrh aufzufassen gewesen wäre. Als Prodromalerscheinungen beobachtet man Erytheme auf der Haut, die auftreten, und schnell schwinden. Es ist möglich, dass sich an den Schleimhäuten ein ähnlicher Vorgang abspielt und einen Catarrh vortäuscht. Ich möchte den Collegen B. fragen, ob er beobachtet hat, dass sich aus einem Catarrh, lepröse Infiltrate oder Knoten entwickeln? In dem Riga'schen Leprosorium ist mir kein einziges Mal ein Beispiel zu Gesicht gekommen. Im Gegentheil findet man gelegentlich frische lepröse Eruptionen, ohne dass catarrhalische Erscheinungen zu constatiren waren.

d) Dr. Bergengrün — Riga. Auf die Frage, ob ich beobachtet hätte, dass sich bei Leprösen auf dem Boden eines Schleimhautcatarrhs Infiltrate oder Knoten entwickeln, muss ich mit Nein antworten. Ich habe bisher noch gar keine Gelegenheit gehabt die Entwickelung verschiedener Stadien auseinander zu verfolgen, da ich die Kranken erst vor einem Jahre speciell, auf ihre Schleimhautläsionen zu untersuchen anfing. Wie ich in meinem Vortrage betonte, hielt ich mich in dieser Beziehung an die, von bedeutenden Lepraforschern gleichlautend berichteten Thatsachen, an denen zu zweifeln kein Grund vorlag. Weiter habe ich bisher keine Gelegenheit gehabt, ganz frische Fälle von Lepra auf die Erkrankungen ihrer Schleimhäute hin zu untersuchen.

e) Dr. Koppel — Dorpat. Ich kann der Ansicht des Vortragenden nicht beistimmen, dass die catarrhalische Röthe das erste Stadium der Schleimhautlepra bildet und nur etwa 14 Tage währt. In der That beobachtet man an den Schleimhäuten sowohl, als auch auf der äusseren Haut vorübergehende lepröse Erytheme. Diese sind aber nicht als prodromale Erscheinung aufzufassen, sondern nur als Ausdruck der bereits erfolgten Infection. Die leprösen Infiltrationen und Wulstungen entstehen auf den Schleimhäuten ebenso allmählich wie die Knoten auf der Haut. Die Blässe und Trockenheit nach einem Erythem sind die Zeichen, dass die Schleimhaut schon vorher infiltrirt war. — In dem Nasenbluten kann ich gleichfalls kein Prodromal-Symptom der Lepra erkennen, da die Nasenschleimhaut relativ lange von der Erkrankung verschont bleibt und immer erst im weiteren Verlaufe ergriffen wird. In Betreff der Tracheotomie bemerke ich, dass ich dieselbe während 5 Jahren in dem Leprosorium Muhli, bei einem durchschnittlichen Krankenbestande von 17 Pat. nur ein einziges Mal ausführen musste. — Es würde mich interessiren wie häufig im Leprosorium zu Riga die Tracheotomie sich als nothwendig erwiesen.

f) Dr. Bergengrün — Riga. Wenn Herr Dr. Koppel nicht zugiebt, dass die catarrhalische Affection der Nase ein Frühsymptom der Lepra tuberosa darstellt, so kann ich darauf nur dasselbe erwidern wie vorhin: dass, allerdings nicht nach meiner eigenen Erfahrung und Beobachtung sondern nach dem übereinstimmenden Bericht mehrerer Autoren (z. B. Hillis, Masini, R. de la Solaykastra) eine hartnäckige, durch nichts besonderes ausgezeichnete Rhinitis sehr häufig den Ausbruch des allgemeinen Aussatzes anzeigt. Ebenso finden wir ganz allgemein die Angabe in der Literatur vertreten, dass die Nasenschleimhaut, entgegen der Ansicht des Herrn Dr. Koppel, immer sehr früh erkrankt. Wir sahen in dem soeben eröffneten Leprosorium hier bei Wenden zwei Kranke, die, ohne sehr wesentliche Veränderungen an der äusseren Haut darzubieten beim Athmen ein weithin vernehmbares Schnaufen und Ziehen hören liessen. Ich habe noch nie einen Tuberös-Leprösen gesehen, dessen Nasenmucosa intact gewesen wäre. Die übrigen Schleimhäute der oberen Athmungswege werden viel häufiger gesund befunden, trotzdem die äusserliche Verunstaltung sehr weit vorgeschritten ist. Ich bin mit Herrn Dr. Koppel der Ansicht, dass der Initialkatarrh der Leprösen durchaus nicht specifische Charaktere aufweist, aber insofern doch wohl als prodromal bezeichnet werden darf, weil das Nasenbluten eben oft das Erste ist, was «als Ausdruck der erfolgten Infection», wie Herr Dr. Koppel sagt, objectiv zu constatiren ist. So lange die Röthung, die Fluxion und die Schwellung noch bestehen, hat das Infiltrat sich anatomisch schon auszubreiten begonnen. Nimmt das Infiltrat zu, so erzeugt es locale Compressionsanaemie und tritt als Papel oder Knoten an die Oberfläche.

Bezüglich der Tracheotomiestatistik im Riga'schen Leprosorium kann ich mittheilen, dass im Laufe von noch nicht voll abgelaufenen 5 Jahren, der Luftröhrenschnitt 7 Mal gemacht wurde. Es kommen hierbei 91 Kranke in Betracht die mit L. tub. behaftet waren. Im Ganzen also nahezu 7%, eine immerhin nicht ganz unerhebliche Anzahl.

g) Dr. Koppel — Dorpat. Das erste Stadium der Schleimhautlepra verläuft nicht so schnell, wie Herr Dr. Bergengrün es schildert, das II. Stadium ist das Produkt eines langen Processes. Die Röthung auf den Schleimhäuten ist das Zeichen der recidivirenden Erkrankung. Tubera habe ich auf den Schleimhäuten nicht in der Art beobachtet wie auf der äusseren Haut.

h) Prof. Petersen — Petersburg. Bezüglich der Affection der Nasenschleimhaut will ich darauf hinweisen, dass die Infection von der Nase aus, häufiger geschieht als man glaubt. Eine Nasenschleimhaut, welche durch Schnupfen lädirt ist bietet den Lepra-Bacillen eine direkte Eingangspforte. Man beobachtet anfangs chronischen Schnupfen, bei dem die allgemeinen Symptome auftreten. In der Lepra-Colonie des Gouv. Petersburg liegt augenblicklich ein junger Mann, welcher mehrere Jahre an Schnupfen (mit Ulcerationen) litt und bei dem die Allgemeinerscheinungen erst spät eintraten. Es ist von Wichtigkeit in Lepragegenden bei Coryza die Nasenschleimhaut wiederholt bacteriologisch auf Lepra zu untersuchen.

i) Dr. v. Bergmann — Riga. Um Irrthümer zu vermeiden ist es am Besten von den verschiedenen Krankheitsstadien der Schleimhautlepra gar nicht zu sprechen, sondern von einem einheitlichen Standpunkte aus, das lepröse Infiltrat als typisch für die Lepraerkrankung der Schleimhaut hinzustellen. Aus dem Infiltrate entwickeln sich Knoten. Die Knoten ulceriren, schrumpfen und erzeugen bei den verschiedenen Individuen verschiedene Bilder. Geschwürige Defecte oder Zerstörungen der Form wie sie bei der Lues auftreten, beobachtet man nicht. Das scheinbare Fehlen der Uvula in manchen Fällen kann nur durch die Schrumpfung erklärt werden, welche unter Umständen so beträchtliche Dimensionen annimmt, wie einige Bilder beweisen die Dr. B. herumreichte. Ich möchte die Vervielfältigung der hier demonstrirten Bilder befürworten mit alleiniger Ausnahme jenes, welches einen leprösen Knoten um eine Zahnalveole herum aufweist. Dem Anscheine nach handelt es sich in diesem Falle nicht um einen specifischen Process, sondern vielleicht um einen cariösen Vorgang.

k) Dr. Bergengrün — Riga. Dass die Uvula dazwischen thatsächlich ulcerirt, habe ich, entgegen den Ausführungen des Herrn Dr. v. Bergmann, mehrfach constatiren können: ich zeigte Ihnen, meine Herren, eine Bleifederskizze auf welcher sie es deutlich sahen. Die Uvula war ganz zernagt und zerfressen und hatte ein glanzloses Aussehen. Entwickelt sich ein Bandgeschwür über dem Palatum durum wie ich es Ihnen vorhin auch vorlegte, so geht es oft auf das Velum über und ergreift das Zäpfchen, oft aber entsteht dieses Band auch hier und an den Schneidezähnen gleichzeitig. Die Ulceration der Uvula beginnt gewöhnlich in ihrer Basis durch Zerfall einiger kleiner Knötchen.

Das von Herrn Dr. v. Bergmann beanstandete Bild von Lepra Gingivae zeigt kleine bleiche glanzlose, wolkenähnliche, und grössere hochrothe Kissen, welche den Zahn bei seinem Austritt aus der Gingiva umkränzen: ich halte diese Gebilde nicht für Granulationen die auf Caries zu beziehen sind, da ihre Farbe, ihre Consistenz und die Lage, vor allem aber die glanzlose Trockenheit, die Abwesenheit von eitrigem Belag eher für den leprösen Charakter dieser Gebilde sprechen. Einen thatsächlichen Beweis für die lepröse Natur dieses Präparates könnte nur die microscopische Untersuchung eines excidirten Stückes liefern.

l) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Schleimhautdefecte die da aussehen als wären sie mit dem Locheisen durchstossen, findet man bei der Lepra nie, sondern nur bei der Syphilis.

m) Dr. Koppel — Dorpat. Ich gebe zu, dass die Leprainfection von der Nase aus erfolgen kann, ich glaube aber nicht, dass man einen anhaltenden Schnupfen als Prodromalerscheinung ansehen kann, da wir bei der Lepra der Schleimhäute, länger dauernde Catarrhe ohne Knoten oder Wucherungen nicht beobachten. Die Nasenathmung ist bei der Lepra hauptsächlich durch die Wulstungen im Rachen und an den Nasengängen behindert. Da bei uns die Nasenkatarrhe mit Behinderung der Athmung sehr häufig sind, so können solche Catarrhe auch bei der Lepra vorkommen, ohne gerade deshalb specifischen Ursprungs zu sein. Ich habe bei 3 Sectio-

sen vorgeschrittener Lepra tuberosa mit behinderter Nasenathmung Knotenbildungen an den Schleimhäuten der inneren Nase nicht gefunden.

n) Dr Truhart — Dorpat. Ich erinnere Herrn Dr. Bergengrün an seine dem vorigjährigen Aerztetage referirten Untersuchungen und werfe dieselbe Frage auf die damals Prof. Dehio stellte, ob der Vortragende Serienschnitte von seinen Kehlkopfpräparaten angefertigt oder nicht?

o) Dr. Bergengrün. — Riga. Ich bin zu diesen Untersuchungen noch nicht gekommen, gedenke aber im nächsten Jahre über dieselben zu berichten.

3. Bericht der auf dem VIII. Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Bekämpfung der Lues.

(Referent Dr. H. Truhart).

M. H. Die Luesfrage, welche seit dem Jahre 1891 ein auf der Tagesordnung unserer Aerztetage stets wiederkehrender Gegenstand der Verhandlungen gewesen, gelangte, wie Ihnen ja bekannt, auf unserer siebenten Aerzteversammlung im vorigen Jahre zur allendlichen Schlussberathung: es galt damals an der Hand einer den Kampf gegen die Syphilis eingehend behandelnden Commissionsarbeit definitiv schlüssig zu werden über die für diesen Zweck erforderlichen sanitären, administrativen und legislativen Reformvorschläge speciell für das Livländische Gouvernement mit Ausschluss der Gouvernementsstadt Riga, welcher es überlassen sein sollte, entsprechend den grossstädtischeren Verhältnissen von sich aus die Initiative zu diesem Kampfe zu ergreifen. Es lag damals im Plan, die für das flache Land und für die kleineren Städte Livlands in's Auge gefassten und von dem Aerztetage allendlich angenommenen diesbezüglichen Beschlüsse nach vorauszuschickender redactioneller Verarbeitung als von der Gesellschaft livländischer Aerzte befürwortetes Reformproject der Medicinal-Abtheilung zu unterbreiten.

Von Seiten letzterer war jedoch gleichfalls zum vorigen Aerztetage ein Schreiben — datirt vom 8. August 1895 sub. Nr. 1885 — eingelaufen, in welchem unserem Aerzteverein die Mittheilung gemacht wurde, dass im Nov. des Jahres 1896 in Petersburg ein schon Allerhöchst bestätigter Congress in Aussicht genommen sei, welchem die Aufgabe obliegen solle, über Maassnahmen zu berathen, welche geeignet wären der Weiterverbreitung der Syphilis in Russland Einhalt zu thun. Diesem Schreiben war ein Programm des Medicinal-Departements betreffend die in dem Kampfe gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten auf dem Congress etwa in's Auge zu fassenden Berathungsgegenstände beigefügt und der livländische Aerztetag ersucht, sich über seine Stellungnahme zu letzterem zu äussern.

In Anbetracht dieses Umstandes beschloss die Aerzteversammlung von der Einreichung ihres speciell nur für Livland auszuarbeitenden Entwurfs als solchem Abstand zu nehmen und betraute eine aus ihrer Mitte gewählte Commission bestehend aus den DDr. Docenten W. Zoege v. Manteuffel, Chr. Ströhmberg und dem Referenten mit der Aufgabe, im Namen und im Auftrage der Gesellschaft livländischer Aerzte das vom Medicinal-Departement übersandte Programm zu verarbeiten und die auf den livländischen Aerztetagen in der Syphilisfrage gefassten Beschlüsse dem einzureichenden Entwurfe zu Grunde zu legen.

Wie an die Gesellschaft livländischer Aerzte, so war von Seiten der Medicinal-Abtheilung auch an die «Dorpater medicinische Gesellschaft» eine gleichlautende Aufforderung ergangen, welcher letztere Erfüllung gab, indem sie dieselben oben namhaft gemachten, schon von dem livländischen Aerztetage erwählten Aerzte mit dem Commissum betraute, bei Beleuchtung des Kampfes gegen die Syphilis in ihrem Namen speciell die Verhältnisse in der Universitätsstadt Jurjew in Berücksichtigung zu ziehen.

In Grundlage der gegebenen Directive ist die Commission nach Möglichkeit bestrebt gewesen, dieser doppelten Aufgabe gerecht zu werden. Das Commissions-Elaborat wurde der Livländischen Medicinalverwaltung Anfang Januar dieses Jahres zur Weiterbeförderung an das Medicinal-Departement übersandt und gleichzeitig behufs Kenntnissnahme Seitens der Herren Collegen in der deutschen «Petersburger Medicinischen Wochenschrift» (Nr. 7. 1896) veröffentlicht.

In der Voraussetzung, dass die Arbeit den Herren Aerzten meist bekannt ist, glaubt die Commission gegenwärtig von einer Verlesung derselben in extenso Abstand nehmen zu können, indem sie hiermit gleichzeitig gegen 50 Exemplare von Separatabzügen aus der Petersb. Medic. Wochenschrift den etwaigen Interessenten zur Disposition stellt.

Discussion.

a) Dr. Apping — Wolmar. Beim Durchlesen des Commissionsberichtes der auf dem 7-ten livl. Aerztetage 1895 eingesetzten Syphiliscommission, finde ich mehrfach erwähnt, dass sämmtliche Syphilitische, sofern sie nur den livl. Landgemeinden angehören unentgeltlich auf Kosten der Landeskasse behandelt werden. Dieses ist aber nur zum kleinen Theil der Fall, denn nur im Dörptschen, Fellinschen und Werroschen Stadtkrankenhause bezahlt bis jetzt die livl. Ritterschaft für die Behandlung der obenerwähnten Syphilitiker. In den übrigen Krankenhäusern sind, sofern die syphilitisch Inficirten durch die Polizei eingeliefert werden, die Gemeinden zu welchen sie angeschrieben sind, verpflichtet die Behandlungskosten zu entrichten. Die betreffende Krankenhausverwaltung erhält auch mit mehr oder weniger Schwierigkeiten von den Gemeinden das Geld, welche die vorgelegte Summe von den Kranken, nach der Genesung, in einer dieselben sehr compromittirenden Art und Weise eintreibt, so dass der gute Zweck dabei ganz verloren geht und die Kranken nach Möglichkeit eine Hospitalbehandlung zu vermeiden suchen.

Das russische Gesetz zwingt die Gemeinde nur für ganz mittellose Syphilitische zu sorgen, was ja auch bei jeder andern ernsten Krankheit der Fall ist. Kann die Gemeinde nicht zahlen, so tritt in solchen Fällen auch der Staat ein, doch ist damit bei der Bekämpfung der Lues noch wenig geschehen. Dass in den obenerwähnten Städten aus der Landeskasse gezahlt wird, ist nur ein Act der Liebenswürdigkeit der livl. Ritterschaft und es bleibt eine offene Frage, ob die livl. Ritterschaft auch für die Luetiker welche in anderen Krankenhäusern behandelt wurden, wenn sie auch zu den livl. Landgemeinden gehören, aus der Landeskasse zahlen will oder nicht. Irgend welche bestimmte Gesetze in dieser Frage sind, meines Wissens, bis heute nicht erschienen.

b) Dr. Truhart. Eine unentgeltliche Hospitalbehandlung der unbemittelten Syphilitiker ist durch den Senatsukas vom Jahre 1868 sub. Nr. 13107 als solche angeordnet worden und wird in den vom Vorredner angeführten Kreisen schon seit Jahrzehnten in der Weise geübt, dass die Landbewohner, welche mit Syphilis behaftet sind, von den Kreisärzten den in den Kreisstädten befindlichen Krankenhäusern zur unentgeltlichen Behandlung zugesandt werden. Da nun die städtischen Communen diese Auflage allein nicht tragen können, so hatten die resp. Krankenhausverwaltungen sich an die livländische Ritterschaft mit dem Gesuche gewandt, die Unkosten der Krankenhausbehandlung der «landschen» Syphilitiker aus den Mitteln der Landescasse bestreiten zu wollen. Dieses Gesuch ist seinerzeit sofort bewilligt worden und wird, wie mir solches persönlich für Dorpat und Fellin bekannt, die unentgeltliche Behandlung der Syphilitiker vom Lande nunmehr schon seit vielen Jahren in den städtischen Krankenhäusern durchgeführt. Falls solches in den übrigen Städten Livlands bisher noch nicht geschähe, so bedürfe es nur eines gleichen Gesuch's der resp. städtischen Krankenhausverwaltungen an die livländische Ritterschaft.

Schon im vorigen Jahre wurde auf unserem Aerztetage bei der Discussion dieser Frage von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass den Stadtkrankenhäusern, als solchen, keineswegs die unabweisliche Pflicht obliege, alle landschen Syphilitiker zur Behandlung aufzunehmen und solches immerhin auch nur je nach Maassgabe des in denselben, überdiess häufig nur sehr gering bemessenen Raumes geschehen könne und führte dieser allgemein anerkannte Uebelstand zu dem Beschlusse, den Vorstand dazu zu autorisiren, wo gehörig die erforderlichen Schritte zu ergreifen, um die Realisirung der vom Landtage schon beschlossenen Sanitätsreform, nebst der Neubegründung von Hospitälern auf dem Lande möglichst zu beschleunigen.

4. Wahl eines Vertreters der Gesellschaft livländischer Aerzte für den Petersburger Congress zur Ausarbeitung von Massregeln gegen die Lues.

a) Herr Prof. Petersen — Petersburg. Als Mitglied des Comités zur Organisation des Congresses zur Ausarbeitung von Massregeln gegen die Syphilis kann ich hier mittheilen, dass es uns besonders wünschenswerth erscheint, die Gesellschaft Livl. Aerzte durch einen Delegirten auf diesem Congress vertreten zu sehen.

b) Dr. Truhart — Dorpat. Ich bringe Herrn Dr. von Bergmann — Riga, als Delegirten in Vorschlag.

c) Dr. Bergengrün — Riga. Ich schlage vor, pr. Acclamation Herrn Dr. Truhart — Dorpat zum Vertreter der Gesellschaft Livl. Aerzte für den Petersburger Congress zu erwählen.

Der Präses der Gesellschaft Livländischer Aerzte Dr. H. Truhart — Dorpat wird pr. Acclamation gewählt und nimmt die Wahl an.

d) Dr. Ströhmberg — Dorpat. Da der Aufenthalt in St. Petersburg mit Kosten verknüpft ist, so ersuche ich die Gesellschaft unserem Praeses die Diäten für seine Reise auszuwerfen.

e) Dr. Truhart — Dorpat. Ich bitte mir nur die Reisekosten zu bewilligen.

f) Dr. Katterfeldt — Waldheim. Ich schliesse mich Herrn Dr. Ströhmberg an und befürworte seinen Vorschlag.

g) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Ich schlage vor, die Gesellschaft überlässt es Herrn Dr. Truhart die Höhe seiner Ausgaben einschliesslich die Diäten zu normiren.

Die Gesellschaft erklärt sich mit diesem Vorschlage einverstanden.

5. Herr Dr. Chr. Strömberg (hält seinen angekündigten Vortrag): «Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues».

(Der Vortrag ist im Druck erschienen cf. diese Wochenschrift Nr. 39 1896).

Discussion.

a) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Die Ausführungen des Herrn Dr. Ströhmberg verdienen den Beifall der Versammlung und sind durchaus zu unterschreiben. Was die Infection mit der Syphilis betrifft so kann man sagen, dass der Grossstädter im Allgemeinen sich seltener inficirt als gerade der Kleinstädter. Der Grossstädter ist von Jugend auf gegen die Verführung abgestumpfter und kennt die Gefahren der Syphilis. Wer die Fälle der syphilitisch Erkrankten genau sichtet wird finden, dass die Neulinge, die «Grünen», diejenigen die aus kleinen und mittleren Verhältnissen stammen, sich inficiren, während die Grossstädter unverhältnissmässig seltener erkranken. Daher wäre es durchaus wünschenswerth die Kenntniss der Gefahren der Syphilis in den erwähnten Bevölkerungsgruppen zu verbreiten, um gerade den Kleinstädter vor der Ansteckung zu schützen und ihn vor der grosstädtischen Anlockung zu warnen.

b) Dr. W. Lenz — Haynasch. Eine Verbreitung der Kenntniss über die Gefahren der Lues ist entschieden wünschenswerth, aber wie ich glaube sehr schwer zu erreichen.

In Betreff der Behandlung der Lues muss ich Herrn Dr. Ströhmberg widersprechen. Herr Dr. Ströhmberg meinte, es empfehle sich die Syphilitischen, einmal vor dem Ausbruche des condylomatösen Stadiums zu behandeln und zweitens auch in den Zeiten, in welchen manifeste Symptome der Lues nicht vorhanden seien, parenchymatöse Injectionen vorzunehmen. Ich glaube dagegen, dass die Lues nur dann mit Erfolg zu behandeln ist, wenn die Diagnose thatsächlich gestellt ist und sich deutliche Krankheitserscheinungen nachweisen lassen. Die Wirksamkeit der antisyphilitischen Curen während der Latenzperiode ist keineswegs erwiesen. Die sog. continuirliche Behandlung im Frühstadium der Lues (nach Fournier) berücksichtigt ja durchaus diejenigen Zeitperioden der Erkrankung, in denen erfahrungsgemäss Recidive zu erwarten sind.

c) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Wenn ich noch einmal darauf zurückkomme über die Kenntniss der Gefahren der Syphilis, im Verhältniss zur Verbreitung derselben zu sprechen, so will ich betonen, dass die Landbevölkerung in unseren Gegenden bedeutend besser über die Infection mit der Lues orientirt ist als beispielsweise unsere studirende Jugend. Die Unkenntniss der Studenten gegenüber der Infection ist sehr auffallend. Sie glauben nur den «harten Chancre» zu haben, ohne zu wissen, dass die Syphilis und harter Chancre dasselbe bedeuten. Die Gemeindeältesten auf dem Lande sind in dieser Beziehung viel vorsichtiger und jeder College kennt Fälle, in welchen verdächtige Individuen von denselben zur Untersuchung auf Syphilis in die Stadthospitäler entsandt werden. Die Verbreitung der Kenntniss der Gefahren der Lues ist mit die erste Bedingung, wie ich noch einmal betone, um einen erfolgreichen Kampf gegen die Syphilis zu führen.

d) Dr. Ströhmberg — Dorpat. Ich verwahre mich dagegen, als hätte ich meine hypothetische Behauptung vom Nutzen einer ambulatorischen Syphilisbehandlung während der Latenzperiode als unantastbar hingestellt. Wenn man aber die Verhältnisse der Prostituirten im Auge behält, und diese waren es ja deren Behandlung ich wünschte, so wird sich doch eine ambulante Behandlung auch während solcher Zeiten empfehlen, in welchen keine sichtbaren Symptome der Lues zu beobachten sind. Soll man denn bei den Prostituirten erst abwarten bis das Krankheitsbild sich völlig ausgebildet hat, oder soll man, um der Gefahr der Weiterverbreitung der Seuche bei Zeiten vorzubeugen, energisch eingreifen? Ich glaube im Interesse der Prophylaxe der Lues den letzteren Weg als den sicheren vorschlagen zu dürfen.

e) Docent Dr. Zoege von Manteuffel: Auch ich habe diese Anschauung vertreten als wir hier in Dorpat wenn ich nicht irre 1888 eine Sitzung in Sachen der Verbreitung der Syphilis abhielten. Diejenigen unter Ihnen die der Sitzung beiwohnten werden sich noch erinnern, dass weil. Prof. v. Wahl meinen Vorschlag, die Prostituirten prophylactisch zu schmieren mit Beifall aufnahm und weiter verfocht und namentlich auch darauf hinwies, dass durch diese systematische Behandlung sowohl dem Humanitätsprincip (gegenüber der von einigen geforderten Internirung während der ersten 3 Jahre) Rechnung getragen würde insofern die Maassregel dem Heile der Kranken diene — als auch die kranke Prostituirte auf längere Zeit aus dem Verkehr ziehe — sie sequestrire.

Wenn man die syphilitisch inficirte Prostituirte streng nach Fournier behandele so sei sie im ersten Jahr für die Dauer von 5 Monaten jedenfalls aus dem Verkehr gezogen. Vom 2-ten Jahr müsse sie mindestens 3 Monate im Hospital verbringen und könne in dieser Zeit natürlich nicht inficiren. — Dass dieses Princip auch Früchte trägt, dürften Ihnen vielleicht einige Daten, die ich Ihnen angeben kann zeigen. Wie Ihnen aus seiner Schrift bekannt, fand Prof. v. Wahl etwa 12% der Studirenden syphilitisch. Dehio konnte 1889 noch constatiren, dass 24% die Universität syphilitisch verlassen, was etwa ebenfalls 12% des jeweiligen Status ergiebt. 1895 habe ich eine Enquête unter den Studirenden angestellt, die blos 7,5% Syphilitiker unter den Studirenden aufdecken konnte. Alle diese Zahlen haben nur relativen Werth, sind aber untereinander wohl zu vergleichen, weil sie in gleicher Art gewonnen wurden. — Man hat aber seit 1889 gerade eine prophylactische Art der Behandlung begonnen und zwar nur in ganz beschränktem Maasse. Prof. Dehio und namentlich seit 1891 Dr. Ströhmberg, der die Abtheilung der Prostituirten im Hospital leitete, behandelte jede antisyphilitisch die aus irgend einem Grunde im Hospital Aufnahme fand und syphilitisch inficirt war. Dabei war der Modus der Untersuchung noch nicht gesondert. Solches trat erst ein mit dem Amtsantritt unseres jetzigen Stadtarztes Ströhmberg — der zugleich auch — dadurch dass die Untersuchung der Prostitution und ihre Behandlung in einer Hand lagen, in den Stand gesetzt war die syphilisirten Prostituirten ausser der Zeit der Recidive und des Hospitalaufenthaltes zu mercurialisiren.

Die 7,5% oder besser der Gewinn der $4^1/_2$% Nichtinficirter ist nun wesentlich auf die Art der Behandlung zurückzuführen, da die Art der Untersuchung und Gesammtbeaufsichtigung auf meine Enquête wohl noch keinen erheblichen Einfluss ausüben konnte. Sollte in Zukunft eine ähnliche statistische Erhebung noch möglich sein, so ist mit Bestimmtheit ein weiteres Sinken der Zahl mit Syphilis inficirter Studenten vorauszusehen, und ich glaube behaupten zu dürfen, dass ein nicht unerheblicher Procentsatz gewonnen wird durch diese Art phrophylactischer Behandlung wenn auch natürlich die Art der Gesammtuntersuchung und Organisation etc. hier die wesentliche Rolle spielen.

f) Dr. W. Lenz — Haynasch. Ich muss demgegenüber meinen vorhinbetonten Standpunkt aufrecht halten. Ich glaube die Syphilis verläuft milder, wenn man nur in dem Falle behandelt wo manifeste Symptome vorhanden sind.

g) Docent Dr Zoege v. Manteuffel. Allerdings ist es keineswegs sicher gestellt, dass die Innunctionscur die Infectiosität der Lues herabsetzt, das Gegentheil ist aber auch nicht erwiesen. Daher war Herr Dr. Ströhmberg m. E. wohlberechtigt die Hypothese aufzustellen, dass sowohl die frühzeitige Behandlung, als auch die Behandlung während der Latenzperiode vor einer Ansteckung schütze und dem Ausbruche der Recidive vorbeuge, — zumal er für diese Anschauung die Autorität Fournier's bis zu einem gewissen Grade anführen kann. (Schluss folgt).

Vermischtes.

— Der Professor der Chirurgie an der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. Wilhelm Koch giebt, wie der «Rishski Westnik» meldet, im Mai dieses Jahres seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität auf.

— Der Senior der Docenten der Warschauer Universität, Prof. emer. der pathologischen Anatomie, wirklicher Staatsrath Dr. W. Brodowski, hat seinen Abschied genommen.

— Der ausserordentliche Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. J. P. Pawlow, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Dr. Michailow, Assistent an der Klinik des Professors Ssirotinin, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für interne Medicin an der genannten Academie habilitirt.

— Am 19. Februar beging die Gesellschaft Donischer Aerzte in Nowotscherkask das 25 jährige Jubiläum ihres Bestehens. Zum Andenken an diesen Tag hat die Gesellschaft ein Kinderhospital in Nowotscherkask zu erbauen beschlossen. Die Mittel dazu sind reichlich vorhanden, da die Gesellschaft ein Baarvermögen von 110,000 Rbl. 1055 Dessjätinen Land und 4 Hofstellen mit den dazu gehörigen Baulichkeiten besitzt, so dass das Gesammtvermögen derselben gegen 400,000 Rbl. beträgt. (Wr).

— Ordensverleihung. Dr. St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem älteren Ordinator des St. Petersb. Nikolai-Militärhospitals, Staatsrath Nikolai Borchsenius.

— Ernannt: Das Ehrenmitglied des Curatoriums des Asyls des Prinzen Peter von Oldenburg, Ordinator

des städtischen Alexander-Hospitals, ausseretatmässiger ältester Beamter beim Medicinaldepartement, Consultant und Professsor des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrath Dr. v. Petersen — zum wirklichen Mitgliede des obengenannten Curatoriums; der ausserord. Professor Dr. Praxin — zum ausseretatmässigen Consultanten beim Kasanschen Militärhospital.

— Uebergeführt: Der ältere Arzt des St. Petersburger Marinehospitals für Arme, wirkl. Staatsrath Dr. Golowin. Ehrenleibmedicus des Kaiserlichen Hofes, — als Gehülfe des Oberinspectors der Chausseen und Wasserverkehrswege, unter Belassung in seiner Stellung als Ehrenleibmedicus.

— Verabschiedet: der Oculist des Kronstädter Hafens und ältere Arzt der 17. Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Dr. Ljubinski.

Verstorben: 1) In Kiew am 2. März der Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. M. Stukowenkow, im 54. Lebensjahre. Der Tod erfolgte plötzlich, nachdem er soeben die auf seine Initiative entstandene neue physiko-medicinische Gesellschaft in Kiew mit einer Festrede eröffnet hatte. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er i. J. 1866 den Cursus absolvirte und dann noch zwei Jahre behufs weiterer Vervollkommnung verblieb. Während des letzten türkischen Krieges war er als Feldchirurg bei Plewna thätig und fungirte nach Beendigung des Krieges als Specialist für Hautkrankheiten an verschiedenen Hospitälern St. Petersburgs, bis er i. J. 1883 als Docent für Syphilis und Hautkrankheiten an die Universität Kiew berufen wurde, an der er bis zu seinem Lebensende die Professur für die genannten Krankheiten bekleidete. Auf dem Gebiete der Dermatologie ist er auch vielfach literärisch thätig gewesen. 2) In St. Petersburg der Militärarzt, wirkl. Staatsrath Emanuel Kukkuli im Alter von 58 Jahren. 3) In dem Nowosnamenskischen Hospital für Geisteskranke der hiesige Kinderarzt Peter Smirnow im 60 Lebensjahre. 4) In Stettin im 70 Lebensjahre Sanitätsrath Dr. Ernst Brand, der sich durch die Einführung der Kaltwasserbehandlung beim Abdominaltyphus einen Weltruf verschafft hat.

— Die beiden Jüdinnen, welchen, wie wir in Nr. 8 meldeten, gestattet worden ist, sich dem Arztexamen bei der Prüfungscommission der Moskauer Universität zu unterziehen, heissen Golde und Zwiebel.

— Neuerdings ist der Specialistin für Augenkrankheiten, Frau Dr. Rosa Putjata-Kerschbaumer, welche das Recht zur augenärztlichen Praxis in Oesterreich erhielt, auch in Russland die Venia practicandi ertheilt worden. Wr.

— Wie das «Lodzer Tgblatt» mittheilt, lebt im Kreise Pultusk (Gouv. Warschau) ein Arzt der zugleich Gutsbesitzer ist und nach drei Jahren seinen 100. Geburtstag feiert. Trotz seiner 97 Jahre soll er sich einer vortrefflichen Gesundheit, eines frischen Gedächtnisses und stets guter Laune erfreuen und bis zum heutigen Tage als praktischer Arzt und Landwirth thätig sein.

— Das neue städtische Kinderhospital zum Andenken an die Krönung Ihrer Majestäten wird, gemäss dem Beschluss der vereinigten Sitzung der Mitglieder des Stadtamts und der Hospitalcommission, sowie der Oberärzte der städtischen Krankenhäuser und der Kinder-Hospitäler, im Petrowski Park erbaut werden und zwar für 300 Krankenbetten, von denen jedoch vorläufig nur 200 besetzt werden sollen. Die Baukosten sind auf 800.000 Rbl. veranschlagt.

— Gelegentlich der von uns in der vorigen Nr. gemeldeten Berufung Prof. Döderlein's von Leipzig an die Universität Groningen hat der Gynäkologe Prof. Hektor Treub in Amsterdam in einer an die Studenten gerichteten Ansprache seinen Zorn über die Berufung von «Ausländern» womit natürlich nur die Deutschen gemeint sind, in einer Weise Luft gemacht, welche den Unwillen aller anständigen holländischen wissenschaftlichen Kreise erregt hat. Treub selbst hat seine Ausbildung in Deutschland genossen; er ist auch um Vorschläge zur Besetzung der fraglichen Professur in Groningen angegangen worden, hat aber jedenfalls keine geeigneten Candidaten namhaft machen können.

(Allg m. C.-Ztg.).

— Die internationale Sanitätsconferenz in Venedig hat am 7./19. März mit der Unterzeichnung einer Sanitätsconvention ihren Abschluss gefunden. Wie verlautet, entsprachen die Resultate der Conferenzverhandlungen keineswegs den Erwartungen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. März d. J. 8238 (260 mehr als in d. Vorw.), darunter 701 Typhus — (61 mehr), 922 Syphilis — (32 mehr), 189 Scharlach — (2 wen.), 98 Diphtherie — (4 mehr), Masern 137 — (12 mehr) und 21 Pockenkranke — (4 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. März 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
359	301	660	127	65	93	20	12	21	60	65	58	39	51	26	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 11, Scharlach 18, Diphtherie 38, Croup 5, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 0, Cholera nostras 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 21. Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 64. Todtgeborene 25

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. März 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. April 1897.

Sanatorium Schloss Niederlössnitz

(Naturheilanstalt) Station **Kötzschenbroda** bei Dresden.

Am romantischen Lössnitzgrund, moderne Badeeinrichtung. Anwendung aller diätetisch-physikalischen Heilmittel incl. Kneipp-Kur. Luft- und Sonnen-Bäder. Prospecte frei durch die Direction. Dirig. Arzt **Dr. med. G. Beyer**, früherer Assistenz-Arzt des Herrn **Dr. Lahmann**. (25) 9—3.

Karawannaja 18, Qu. 6.

Chemisch-bacteriolog. Kabinet
für
klinische Untersuchungen.

(Harn, Magen- und Darminhalt, Sputum, Mandelbelag, Blut, Eiter, Trans- und Exsudate, Inhalt cystischer Geschwülste, Milch etc.)

Massgebend für den Umfang d. Analysen sind die modernen Anforderungen der klinischen Diagnostik. Sämmtliche Untersuchungen werden im Laufe von 24 Stunden ausgeführt.

Die Herren Collegen werden höflichst ersucht:

1. Möglichst genau den **diagnost. Zweck** d. gewünschten Analysen zu bezeichnen.
2. Ihre Clientel dahin zu unterrichten, dass das zu untersuchende **Material in genügender Menge** und in **reinem Zustande** übersandt werde.

A. Högerstedt. W. Bruhns.

Verlag von ***FERDINAND ENKE*** *in Stuttgart.*

Soeben erschien:

Bulius, Doc. G und **Kretschmar, Dr. C., Angiodystrophia ovarii.** Mit 3 Tafeln in Farbendruck. gr. 8. 1897. geh. M. 5.—

Fehling, Prof. Dr. Herm., **Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.** Für Studirende und Aerzte Mit 52 Holzschnitten. Zweite Auflage. gr. 8. 1897. geh. M. 6.—

Feuer, Prof. Dr. N., **Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn** und das behördliche Vergehen gegen dasselbe Mit einer Karte. gr. 8. 1897. geh. M. 2.—

Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. Vierte Auflagr, herausgegeben von **A. Hegar** unter Mitwirkung von **W. Wiedow, E. Sonntag, G. Bulius.** Mit 276 Holzschnitten. gr. 8. 1897. geh. M. 20.—

PASTILLES VICHY-ETAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boites métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer l'Eau minérale artificielle de Vichy gazeuse.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Die
Erkrankung. der Nase, deren Nebenhöhlen
und des **Nasenrachenraumes.**

Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende
von Dr. Carl **Rosenthal.**

Zweite vermehrte u. verbesserte Auflage.
1897. gr. 8. Mit 41 Fig. 6 Mark.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl, B O. 1. л. 44, кв. 3.

Frau **Hasenfuss, Мал.** Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ д 9. кв. 9.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Buchhandlung von **K. L. RICKER**, St. Petersburg, Newsky Prosp. № 14.

NEUE BÜCHER:

Чаусовъ, М., Анатомiя топографическ. области живота человѣка. Вып. 4-й. Съ рис. 1897, Rbl. 1.50.

Чудновскiй, Ю., Предохран. мѣры отъ чумы. Изд. 4-е. 1897, Rbl. 0.30.

Anton, W., Diphtherie der Nase. (Haug, Klin. Vorträge Bd. II, Heft 2). 1897, Rbl. 0.45.

Berdal, H., Traité pratique des maladies vénériennes. Avec figures et 7 planches en couleurs. 1897, Rbl. 4.50.

Bergmann, E., Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Kaiserl. Universität Berlin. II. Theil. Mit 5 Tafeln Abbildungen. 1897. Rbl. 3.30.

Berlioz, F., Manuel pratique des maladies de la peau. IV-e édition. 1897, Rbl. 2.70.

Budin, P., Femmes en couches et nouveau-nés. 1897, Rbl. 6.30.

Champion, E., Traitement pallatif du cancer utérin inopérable. 1897, Rbl. 1.60.

Charrin, Poisons de l'organisme. Poisons des tissus. 1897, Rbl. 1.10.

Chavasse, P., Nouveaux éléments de petite chirurgie. Avec. 530 fig. dans le texte. 1897, Rbl. 4.05.

Cogrel, F., L'hystéroscopie, son instrumentation, son manuel opératoire, ses résultats acquis. 1897, Rbl. 1.60.

Coustan, A., Aide-mémoire de médecine militaire. 1897. Rbl. 1.35.

Gamgee, A., Die physiologische Chemie der Verdauung mit Einschluss der pathologischen Chemie. Uebersetzt aus dem Englischen. 1897, Rbl. 7.70.

Gärtner, A., Die Hygiene des Trinkwassers. Mit 11 Abbildg. 1897, Rbl. 0.45.

Gyurkovechky, Pathologie u. Therapie der männlichen Impotenz, II. Aufl. 1897, Rbl. 2.75.

Guyon, E., Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Tome III: antisepsie, cathétérisme, anesthésie. Ed. III-e. 1897. Rbl. 5.60.

Hébert, A., Angines à bacille de Friedländer. 1896, Rbl. 1.15.

Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. Jahrg. XXVI (1895). 1896. Rbl. 9.35.

Kahlbaum, G., Monographien aus der Geschichte der Chemie. Heft I. 1897, Rbl. 2.20.

Lang, A., Pathogenese der mercuriellen Stomatitis u. Salivation. Mit 1 Lichtdrucktafel. 1897, Rbl. 4.15.

Lassar, O., Das medicinische Studium der Frau. 1897, Rbl. 0.45.

Lorenz, A., Pathologie et traitement de la luxation congénitale de la hanche. 1897. Rbl. 3.60.

Moleschott, I., Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen u. der Thiere. Band XVI, H. 3. 1897, Rbl. 1.65.

Mourette, H., Essai sur le lavage du sang. 1896, Rbl. 1.15.

Müller, G., Grundlagen der Naturtherapie mittels medicamentöser Seifen. 1897, Rbl. 0.55.

Quinquaud, Ch., De l'urée. Etude clinique, physiologique et pathologique. Avec 14 fig. 1897, Rbl. 2.25.

Renaut, S., Traité d'histologie pratique. Tome II, fasc. I: les épitheliums — l'ectoderme tégumentaire. Avec 248 fig. 1897, Rbl. 7.20.

Riche, P., Le goître exophtalmique. 1897, Rbl. 1.80.

Sée, M., Le gonocoque. 1896, Rbl. 4.50.

Spranger, A., Ozon-Therapie. 2. Aufl. 1897, Rbl. 0.55.

Verhandlungen der dermatologischen Vereinigung zu Berlin: Jahrg. 1895—96. 1897, Rbl. 1.10.

Voisin, I., L'épilepsie. 1897. Rbl. 2.70.

Winternitz, E., Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen. Mit 9 Abbildungen. 1897. Rbl. 0.55.

Wundt, W., Philosophische Studien. Band XIII. Heft 2. 1897, Rbl. 2.20.

Yvon, P., Manuel clinique de l'analyse des urines. Avec 53 fig. V-e édition. 1896, Rbl. 3.60.

Dieser Nr. liegt ein Prospect über **«Jahrbuch der Practischen Medicin»** bei.

Дозв. ценз. Спб. 15 Марта 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, (3. April) 22. März **1897**

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in **Pernau** und zwar schon **Anfang Juni** dieses Jahres stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten **darf**, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer **Angabe** des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des **Inhalts** baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Aus Dr. A. Natanson's Augenheilanstalt in Moskau.

Ueber den schädlichen Einfluss der behaarten Raupen auf den Organismus des Menschen und der Thiere, insbesondere — auf die Augen [1]).

Von

Alexander Natanson.

Seit Anfang Juli vorigen Jahres habe ich einen Fall von Augenentzündung nach Verletzung des Auges durch eine behaarte Raupe in Behandlung, der gegenwärtig ausgeheilt ist und dessen ausführliche Beschreibung demnächst in einem der ophthalmologischen Fachblätter zur Veröffentlichung kommen soll. Diese Beobachtung bietet insofern ein gewisses Interesse, als das der erste in Russland publicirte Fall dieser Art sein wird, zugleich aber, inmitten einer ziemlich bedeutenden Anzahl von in Deutschland und Oesterreich beobachteten Krankheitsfällen, erst der dritte, in dem der Verlauf dieser eigenartigen Ophthalmie vom ersten Anbeginn genau verfolgt werden konnte. Es ist jedoch nicht meine Absicht, hier auf die Details einzugehen, welche speciell für den Augenarzt von Bedeutung sind, sondern ich möchte, in Anlass des erwähnten Falles und mit Zugrundlegung der von mir benutzten Literaturquellen, einen allgemeinen Ueberblick über die Rolle der behaarten Raupen in der Pathologie der Entzündungen geben und in kurzen Zügen die Erkrankungen skizziren, welche dieselben an verschiedenen Körpertheilen hervorrufen. Wie ich mich überzeugt habe, wird dieser Gegenstand in den gebräuchlichen Hand- und Lehrbüchern und sogar in den ausführlichen Sammelwerken und medicinischen Encyclopädien nicht genügend gewürdigt oder nur ganz flüchtig erwähnt, obschon diese Frage, wie ich glaube, sowohl in praktischer Beziehung, als auch vom wissenschaftlichen Standpunkt aus, ein sehr interessantes Capitel der Pathologie ausmacht.

Vor Allem wäre hervorzuheben, dass es sich hier um eine toxische und mechanische Reizwirkung der Raupenhaare auf die Haut und die den äusseren Einflüssen ausgesetzten Schleimhäute handelt, und durchaus nicht um Stich- oder Bisswirkung, wie bei anderen Insecten. Der Contact der Raupenhaare führt meist zu vorübergehenden und nicht bösartigen Läsionen der betroffenen Körpertheile, kann aber zuweilen bedeutende Schädigung der Organe und selbst den Tod nach sich ziehen. Zu den langwierigsten und schwersten Erkrankungen dieser Art gehört eben die weiter besprochene Augenentzündung, welche in einigen Fällen in dem Untergang des Organs und Verlust der Sehkraft ihren Abschluss fand.

Als Raupen bezeichnet man in der Zoologie, bekanntlich eine bestimmte Entwickelungsstufe und Verwandlungsform der Schmetterlinge (Lepidoptera). Aus dem Schmetterlings-Ei schlüpft eine Larve aus, die Raupe, deren Körper eine mehr oder weniger cylindrische, wurmförmige Gestalt besitzt und aus einem mit starken Kauwerkzeugen versehenen Kopf und 12 Gliedern besteht; zur Locomotion dienen gewöhnlich 8 Paar Füsse. Viele Arten, insbesondere die sog. Spinnerraupen sind stark behaart; die Eigenschaften dieser Haare werden später erörtert werden. Die Farbe der Raupen ist im Allgemeinen ihrer Lebensweise und Nahrung angepasst; je nachdem sie auf dem Erdboden oder auf und in Baumstämmen und Wurzeln, Stengeln, Baumrinden, Blättern, Blüthen, Früchten etc. ihren Sitz aufschlagen, haben sie die-

[1]) Nach einem im Verein practischer Aerzte zu Moskau am 3. Februar 1897 gehaltenen Vortrage.

jenige Färbung, welche sie am sichersten vor ihren Feinden schützt; erdfahl, blass-bläulich, gelblich-weiss, grau, braun, rosa, grün u. s. w. Im Laufe des Wachsthums der Raupen, welches in der Regel sehr rasch vor sich geht, da sie sehr gefrässig sind und die erwähnten Pflanzentheile stark vertilgen, werfen dieselben mehrmals ihre im Verhältniss zum Körperumfang zu eng gewordene Haut ab, welche jedesmal durch eine neue, geräumigere ersetzt wird. Dann hören sie zu einer gewissen Zeit auf zu fressen und gehen in einen Ruhezustand über, wobei sie eine andere Form annehmen, welche als Puppe bezeichnet wird. Viele Schmetterlingsarten besitzen specielle Secretionsorgane, tubulöse Drüsen, welche die feinen Fäden produciren, die zur Anheftung der Raupe oder Puppe an die Pflanzentheile, in denen sie nistet, sowie zur Bildung des Gehäuses der Puppe — des Cocons — dienen (daher der Name «Spinner»: Kieferspinner, Weidenspinner, Eichenspinner, Brombeerspinner etc.). Nachdem das Insect eine gewisse Zeit in diesem bewegungslosen Zustande verlebt hat, geht aus der Puppe der vollentwickelte Schmetterling hervor. In diesem Endstadium, in dem auch die Fortpflanzung des Geschlechts durch Copulation und Befruchtung des Weibchens, sowie das Ablegen der Eier stattfindet, besitzen viele Arten eine nur kurze Lebensdauer, während die Schmetterlings-Eier, Raupen und Puppen häufig monatelang als solche bestehen und z. B, überwintern.

Von den so überaus zahlreichen und vielgestaltigen Schmetterlings-, resp. Raupen- und Puppenspecies sind nur vereinzelte nützlich, vor Allen — die Seidenraupe (Bombyx mori). Alle übrigen fügen der Forst- und Landwirthschaft, dem Garten-, Obst- und Gemüsebau, der Bienenzucht und, wie z. B. unsere gewöhnliche Motte, dem Haushalt grossen Schaden zu. Besonders berüchtigt sind in Europa die Raupen der Spinner (Bombycidae), namentlich die sog. Wander- oder Processionsraupen, welche zur Species Cnethocampa gehören: der Eichenprocessionsspinner (Cn. processionae), der Pinienprocessionsspinner (Cn. pityocampa) und die Cn. pinivora, welche in den Wäldern die colossalsten Verheerungen anrichten und auch unter den gesundheitsschädlichen Raupen Europa's den ersten Platz einnehmen; von den in Russ land lebenden Raupenarten sind noch als gefährliche Waldverderber und vom medicinischen Standpunkte aus interessante Repräsentanten der genannten Familie der Kieferspinner (Gastropacha pini und einige Liparis-Ocneria-)Arten zu nennen, von denen L. dispar und L. monacha auf den verschiedensten Pflanzen hausen und. wie Th. Köppen, der Verfasser eines sehr geschätzten Handbuchs der Entomologie, angiebt, auch in der Nähe Moskau's häufig anzutreffen sind. Diejenigen, welche sich für die Geschichte der von diesen Insecten in Russland und im Auslande, zu verschiedenen Zeiten angerichteten Verwüstungen interessiren sollten, verweise ich auf die Specialwerke der Zoologen, von denen ich hier nur die wichtigsten nenne[2]) und der Naturfreund wird namentlich in dem berühmten Brehm'schen[3]) Buche eine Fülle von Thatsachen und Beobachtungen finden, welche sich auf die Lebensweise und speciell auf das gesellige Leben der Raupen beziehen.

In Bezug auf die uns hier beschäftigende Frage von dem gesundheitsgefährlichen Einfluss der Raupenhaare muss erwähnt werden, dass die Haut dieser Thiere mit zweierlei Haaren besetzt ist: die einen sind gross und dick, haften fest an der Haut, die anderen dagegen sind sehr dünn, fein und spitz, hängen nur locker mit der Haut zusammen und zeichnen sich vor den ersteren ausserdem durch ihre Brüchigkeit aus. Diese letzteren sind es eben, welche vermöge der obengenannten Eigenschaften leicht in die Gewebe eindringen und dadurch, sowie durch ihren Gehalt an chemisch reizenden Substanzen den schädlichen Einfluss ausüben, von dem hier die Rede ist. Derselbe kommt nicht allein bei Berührung des lebenden Insects zu Stande, sondern auch durch Fernwirkung, welche zu Massenerkrankungen mit endemischen Character führt und darauf beruht, dass die Härchen auch noch dann ihre irritative Wirksamkeit nicht verlieren, wenn sie nicht mehr im Zusammenhang mit dem lebenden Thier stehen, sondern sich von demselben abgelöst haben und als kleine Bruchstücke auf den Bäumen, Feldern und Wiesen haften blieben oder auf den Erdboden sich absetzen, in den Staub und in die Luft hineingerathen; werden sie vom Wind weiter verweht, so können sie auch ausserhalb der Grenzen des von den Raupen befallenen Bezirks als Krankheitserreger auftreten. Berücksichtigt man den Umstand, dass die Raupen zuweilen in unzähligen Mengen auftreten und dass bei dem wiederholten Hautwechsel immer neue Depôts abgesetzt werden, in Form der leeren verlassenen Hautschläuche, von denen aus die Härchen in die Luft hineingelangen, so darf es nicht Wunder nehmen, wenn, z. B. nicht nur die Menschen und Thiere, welche beständig in der von den Raupen heimgesuchten Gegend sich aufhalten, sondern auch Angereiste, Touristen u. s. w. beim Passiren eines Raupenwaldes an den nachbenannten Haut- und Schleimhautaffectionen erkranken. Laudon in Elbing, der einen sehr werthvollen Beitrag zur Kenntniss der Processionsraupen als Ursache der Urticaria endemica geliefert hat und dem ich zum Theil die in dieser Zusammenstellung enthaltenen Angaben entlehnt habe, hat durch mikroskopische Untersuchung die Anwesenheit grosser Massen von Raupenhärchen im Wegestaub nachgewiesen und dadurch die bis dahin dunkle Frage nach der Fernwirkung der Raupen endgiltig gelöst. Eine sehr wichtige Eigenschaft des reizenden Agens ist die grosse Stabilität desselben, welche uns das Zustandekommen von Erkrankungen erklärt, welche auch zeitlich nicht mit der Vermehrung der Raupen zusammenfallen. Als eclatante Beweise für die Fernwirkung der Raupenhaare und zugleich für die lange Dauer des von ihnen ausgehenden Reizes werden folgende Beobachtungen angeführt:

Es sind bei Menschen, welche sich in Raupendistricten oder in der Nähe derselben aufgehalten, nicht allein beim Aufenthalt in dem befallenen Walde resp. nach Passiren desselben Hautausschläge vorgekommen, sondern auch zu einer Zeit, wo die Raupen schon längst ihre Winterquartiere aufgesucht hatten. Zuweilen liess sich das auf den Gebrauch von Gegenständen zurückführen, an denen die in der Luft schwebenden Häärchen haften geblieben, z. B. — in Handtüchern, welche im Freien zum Trocknen ausgehängt waren; bei Damen stellen sich wiederholt Exantheme ein, sobald sie wieder einmal die Kleider anlegen, die sie in einer von Processionsraupen befallenen Gegend getragen. Pferde wurden krank, als sie mit Heu gefüttert wurden, welches aus einer Raupengegend stammte (Taschenberg); u. dgl. m. Goossens hat bewiesen, dass die Härchen der Processionsraupe noch nach drei Jahren ihre ätzende und entzündungserregende Wirkung beibehalten und Laudon citirt eine Angabe von Borowsky-Herbst, dass sogar die Berührung der Behälter, in denen einst Raupen oder Cocons (letztere sind bei manchen Arten mit einer Lage Raupenhärchen bedeckt) aufbewahrt wurden, selbst nach vielen Jahren starkes Jucken verursacht. Auch die in den letzten Jahren speciell am Auge des Kaninchens angestellten Versuche von Becker, Krüger und Störmann, welche darin bestanden, dass sowohl lebende, als auch

---

[2]) Taschenberg, Practische Insectenkunde, B. III, 1880.— Th. Köppen, Die schädlichen Insecten Russlands, 1880. — Th. Köppen, Вредныя насѣкомыя Россіи, т. III, 1883. — Ratzeburg, Die Forstinsecten, Bd. II, 1890.

[3]) Brehm, Thierleben wirbellose Thiere. 2. Aufl., 1884.

todte Raupen oder eingetrocknete Härchen der leeren Raupenhüllen (von den nicht ausgesprochen giftigen Arten) durch die Lidspalte hindurchgezogen oder gegen das Auge angedrückt wurden, haben ergeben, dass die todten Raupen und die Härchen an sich ebenfalls eine langwierige Augenentzündung zu erzeugen im Stande sind, obzwar sie nicht so intensiv wirken, wie die Härchen lebender Raupen.

Das chemisch wirksame Princip der Härchen der Processions- und einiger anderer Spinnerraupen ist nach den Angaben deutscher Forscher (Will und Gorup-Besanez[4]), Keller[5])) Ameisensäure in ziemlich concentrirtem Zustande. Die Behauptung der französischen Autoren C. Girard, Goossens[6]), dass die Reizwirkung dieser Raupen auf ihrem Gehalt an Cantharidin beruhe, wird angezweifelt und finden wir in den meisten Handbüchern der Chemie und Zoologie die erstgenannte Ansicht vertreten. Es wird angegeben, dass der Boden unter der Moosdecke, unter welcher die Processionsraupen sich verbergen, um sich zu häuten, sauer reagirt; desgleichen wird angefeuchtetes Lackmuspapier, welches in einem Behälter aufgehängt wird, in dem sich Processionsraupen befinden, nach mehreren Stunden deutlich roth (Will). Einige behaupten noch, dass diese toxische Wirkung nicht allein von den Härchen, sondern von dem gesammten Körper der betreffenden Raupen und sogar von den Gehäusen der Puppen ausgeübt wird.

Neben dem chemischen Reiz üben die behaarten Raupen — und zwar, wie sich das aus den Beobachtungen am Auge ergiebt, wohl alle, während die Giftigkeit nur bei gewissen Arten in Betracht kommt — noch einen formativen Reiz auf die betroffenen Gewebe aus und regen in denselben eine reactive Entzündung an, die zur Ausstossung resp. Abkapselung des Fremdkörpers tendirt. Besonders genau ist das in den letzten Jahren am Auge studirt worden, wo um die in die Conjunctiva und Iris eingedrungenen Raupenhärchen eine Neubildung von Knötchen stattfindet, welche aus lymphoiden, epitheloiden Zellen und Riesenzellen bestehen und histologisch eine so grosse Aehnlichkeit mit Tuberkelknötchen darbieten, dass eine Zeitlang die Zugehörigkeit der betreffenden Augenentzündung zu den Erscheinungen der Tuberculose erörtert wurde. Doch war schon lange vor dem Erscheinen der ersten Berichte über diese sog. Ophthalmia nodosa s. pseudotuberculosa, bei der Section von Vögeln und Amphibien, die sich von Insecten und Raupen nähren, die sehr interessante Thatsache constatirt worden, dass die abgebrochenen Härchen der Raupen von dem Verdauungscanal jener Insectenfresser weiter in deren Körper wandern und durch concentrisch geschichtete Bindegewebslagen abgekapselt werden. Solche Knötchen resp. Cysten sind beispielsweise in dem Mesenterium des Frosches angetroffen und nicht immer richtig gedeutet worden (Remak[7]), Mayer[8]), v. Siebold[9])). Pyogene Eigenschaften scheinen die Raupenhärchen garnicht zu besitzen, wenigstens finden sich in der Literatur keine Hinweise auf derart inducirte Eiterungen und die bei den Hautaffectionen erwähnten phlegmonösen Entzündungen sind lediglich auf secundäre Infection der Kratzwunden zurückzuführen, welche durch das Jucken gesetzt werden (s. u.).

Ehe ich nun zur Beschreibung der beim Menschen und bei den Hausthieren vorkommenden Krankheiten übergehe, möge noch erwähnt werden, dass die im Freien lebenden Thiere instinctiv der Gefahr ausweichen, welche ihnen bei massenhaftem Auftreten gesundheitsgefährlicher Raupen droht. Die Vögel verlassen die Wälder, wie das in Russland bei Verwüstung derselben durch die Liparis, in den 70-ger Jahren, in der Nähe von Saratow (Grimm) und im Tambow'schen Gouvernement (Hansen) beobachtet worden; eine Ausnahme macht der Kuckuck, der die Raupen nicht fürchtet, sondern, im Gegentheil, gern aufsucht, um sie zu verzehren. Das Gleiche haben in Deutschland Zickerow[10]) und Laudon bei massenhafter Verbreitung des Kiefernprocessionsspinners gesehen und ersterer berichtet noch, dass auch das Wild aus den Raupenwäldern auswandert.

Aus den vorhin mitgetheilten Thatsachen ist ersichtlich, dass die durch die behaarten Raupen erzeugten Krankheiten auf zweierlei Art zu Stande kommen können: erstens — durch zufälligen directen Contact der lebenden Insecten, als Einzelerkrankungen und zweitens durch Fernwirkung des auf Pflanzentheilen und auf den Erdboden vertheilten und in der Luft schwebenden Härchenstaubes, als Massenerkrankungen mit endemischem Charakter, welche auch die Grenzen des unmittelbar von den Raupen befallenen Gebiets zu überschreiten vermögen. Zufälle der ersten Art ereignen sich häufig in der Weise, dass eine Raupe von der Pflanze, auf der sie haust, auf einen entblössten Körpertheil eines im Walde oder im Garten etc. sich aufhaltenden Menschen niederfällt; so ist es, z. B. mehrmals vorgekommen, dass Arbeitern, welche mit der Vertilgung von Raupen im Walde beschäftigt waren, eine Raupe in's geöffnete Auge hineingerieth, während sie zwecks Besichtigung der Bäume in die Höhe schauten (Weiss, Störmann). Noch häufiger geschieht das aber durch Unvorsichtigkeit oder Leichtsinn, indem, z. B. spielende Kinder Einem eine Raupe in's Gesicht werfen; unter den im Auslande beobachteten Augenentzündungen dieser Art sind die meisten dadurch entstanden und ist auch meiner Patientin, die als Erzieherin in einer hiesigen Kaufmannsfamilie fungirte und zur Zeit sich in einer Villengegend in der Nähe von Moskau aufhielt, von einem Kinde eine grosse braune haarige Raupe in's Auge geschleudert worden. Es bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, dass solche Zufälle bisweilen ernstere Folgen nach sich ziehen, als die Einwirkung der frei in der Luft schwebenden Raupenhärchen, denn zu dem Umstande, dass die toxische und entzündliche Reizwirkung der vom lebenden Thier abgebröckelten Härchen eine stärkere sein muss, kommt hier noch der Effect einer ziemlich grossen Kraft (Fall, Wurf) hinzu, der das Eindringen der Härchen in den getroffenen Körpertheil begünstigt.

Betreffs der Massenerkrankungen, welche auf Fernwirkung der Raupen beruhen, ist das Wesentlichste bereits gesagt worden. Selbstredend kommen bei diesen endemisch auftretenden Formen auch einzelne Zufälle der erstgenannten Art vor.

An der Haut des Menschen entwickelt sich in leichteren Fällen ein Nesselausschlag, wie nach der Einwirkung von Brennnesseln und ist dieses Exanthem in neuester Zeit (1891) von Laudon[11]) als Urticaria endemica im Seebade Kahlberg bei Elbing genauer beobachtet worden, als dieser Ort von den Raupen des Kiefern-

[4]) F. Will, Ueber die Processionsraupe und die Ursache ihrer schädlichen Einwirkung auf die Haut. Froriep's Notizen, 1848, und Bull. d. Akad. d. W. in München 1849.

[5]) C. Keller, Kosmos, VIII, H. 13, 1883.

[6]) Th. Goossens, Chénelles vesicantes, Ann. de la Soc. Entomolog. de France, 1886.

[7]) Remak, Müller's Archiv, 1841, p. 45.

[8]) Mayer (Bonn) hat diese Gebilde irrthümlich als Pacini'sche Körperchen im Froschmesenterium angesehen und dieselben daher in einer Abhandlung über die Pacini'schen Körperchen (1844) besprochen.

[9]) v. Siebold, Vergleichende Anatomie der wirbellosen Thiere, 1848.

[10]) Zickerow, Der Kiefernprocessionsspinner, Gartenlaube 1890, Nr. 44.

[11]) Laudon, Einige Bemerkungen über die Processionsraupen und die Aetiologie der Urticaria endemica, Virchow's Archiv, Bd. 125, 1891.

processionsspinners heimgesucht wurde. Die Krankheit trat hier als heftig juckender, aus Papeln und Quaddeln bestehender Ausschlag meist an den Beugeseiten der Extremitäten auf (Kniekehle, Schenkelbeuge, Fussgelenk), bisweilen beschränkten sich aber diese Veränderungen nicht allein auf die genannten Hautregionen, sondern breiteten sich über den gesammten Körper aus. Das intensive, die Nachtruhe störende Jucken zwingt die Erkrankten, an der Haut zu kratzen, infolgedessen das Exanthem ein verändertes Aussehen annimmt, so dass es mit Eczema papulosum oder Prurigo verwechselt werden kann; bei Manchen entstehen mehr oder weniger ausgedehnte Phlegmonen. Bei stärkerer Einwirkung der Raupenhärchen und namentlich bei directer Berührung derselben oder des Erdbodens, auf dem die Raupen oder Puppen in dichten Haufen beisammenliegen, entwickeln sich stark juckende und brennende Erytheme, die sich über grössere Hautpartien erstrecken und in denen man hie und da kleine, mit serösem Inhalt gefüllte Bläschen bemerkt. Laudon hat an sich selbst die Erfahrung gemacht, dass sogar ein Zeughandschuh nicht vor dem Reiz der Processionsraupen schützt. Wie bereits v. Siebold angegeben hatte, dringen die Raupenhärchen thatsächlich in die Haut ein, was auch Laudon durch folgenden Versuch bestätigte: Er verrieb ein kleines Partikelchen aus dem Rückenstreifen einer Processionsraupe in die Rückenhaut eines Menschen und präparirte am nächsten Tage, als sich ein Erythem mit vielen Knötchen ausgebildet hatte, kleine Hautstückchen los, welche sodann an Prof. Neumann in Königsberg zur mikroskopischen Untersuchung gesandt wurden; letzterer fand sowohl in der Epidermis, wie im Corium feine Härchen, umgeben von kleinen Herden zelliger Wucherungen, vor.

Laudon berichtet Nichts von üblen Folgen dieser Hautreizung; der Ausschlag soll verschwinden, sobald die Kranken die Raupendistricte verlassen. Bei Damen, welche auch ohnehin mehr zur Urticaria disponirt sind, tritt die Erkrankung in intensiverer Form auf, wegen der weniger anschliessenden Kleidung und weil die schwingenden Frauenkleider die im Staub und in der Luft vorhandenen Raupenhärchen leichter auffangen, als das bei den enganschliessenden Anzügen der Männer der Fall ist, denen auch das Schuhwerk relativ besseren Schutz gewährt. Auch Kinder sind in stärkerem Grade dem Einflusse der Raupen ausgesetzt, indem die leichtere Kleidung noch grössere Hautbezirke freilässt und weil sie eine zartere Haut besitzen. Einer englischen Quelle[12]) entnehme ich die Mittheilung, dass die heftige Irritation der Haut durch Bombyx processionea sogar zur Todesursache werden kann. Soviel über die neuesten Berichte aus Westeuropa, welche sich an die älteren von Will, v. Siebold, Nicolai u. A. anschliessen.

Soweit ich mich in der russischen Literatur umgesehen habe, sind in Russland keine derartige Berichte über derartige Hautaffectionen veröffentlicht worden. Dagegen scheint den Entomologen die gesundheitsschädliche Wirkung einiger Raupenarten, welche in den Centralgouvernements und im Süden vorkommen, genau bekannt zu sein. Köppen giebt, z. B., an, dass die Berührung des gewöhnlichen Kieferspinners, der Liparis dispar und der Nonnenraupe (Lip. monacha) starkes Jucken und Ausschläge erzeugt und warnt namentlich vor den schädlichen Folgen der Berührung der Cnethocampa pinivora; er mahnt auch zur grössten Vorsicht bei der Vertilgung dieser einheimischen Raupen und empfiehlt den damit beauftragten Arbeiter gewisse Vorsichtsmassregeln, wie z. B., das Anlegen von Handschuhen, Einwickeln der Hände in Zeuglappen, Einfetten der Hände mit Oel, u. s. w. Da es aber an genaueren Beschreibungen der in Russland zweifellos vorkommenden Hautleiden dieser Art mangelt, so kann ich nicht umhin, wenigstens einen Fall aus Moskau zu berichten, den ich freilich nicht selbst beobachtet. Frau N., eine Schwester meiner Patientin, erzählte mir, dass einer ihrer Bekannten, der als grosser Naturfreund unter anderen Thieren auch verschiedene Raupen sammelt und züchtet, zuweilen, und zwar jedesmal, nachdem er die Raupen oder deren Behälter berührt, einen Ausschlag bekommt, den die Dame direct als Nesselausschlag bezeichnet[13]). Ferner hörte ich von einem Herrn, der Beziehungen mit in Buchara lebenden intelligenten Personen hat, dass es in jener Gegend Raupen giebt, deren Berührung einen «dunkeln oder schwarzen Fleck» auf der Haut mache und zuweilen sehr gefährlich sei. Selbstverständlich kann ich mich für die Richtigkeit dieser Angabe nicht verbürgen, zumal da mir dieselbe nicht direct aus der genannten Gegend und durch einen Nichtmediciner zugegangen ist; dennoch theile ich Dieses hier mit, weil es mir durchaus nicht unwahrscheinlich vorkommt. Es sind nämlich aus anderen Ortschaften der heissen Himmelstriche ähnliche Dinge gemeldet worden. In dem vorhin citirten Aufsatz des Lancet wird nämlich angegeben, dass eine in Indien lebende Raupenspecies, die Shoâ poka, sowie eine in Australien verbreitete Art, die Lasiocampa vulnerans, Gangrän der Haut hervorrufen. Aus diesen Beobachtungen lässt sich ausserdem der Schluss ziehen, dass die toxische und irritative Wirkung der Raupen, in Uebereinstimmung mit derjenigen anderer, durch Stich und Biss schädlichen Insecten, Spinnen etc., in den tropischen und subtropischen Regionen um Vieles intensiver ausfällt, als in unserer gemässigten Zone.

Von den Schleimhäuten werden ausser der Bindehaut des Auges, von der später die Rede sein wird, noch die Schleimhäute des Rachens, des Kehlkopfs und wahrscheinlich auch der Athmungswege, sowie diejenigen der äusseren Genitalien afficirt; doch scheinen diese Läsionen den Haut- und Augenleiden an Häufigkeit bedeutend nachzustehen.

Laudon giebt an, dass bei längerem Aufenthalt in Raupenwäldern plötzlich entzündliche Schwellungen der Pharynx- und Larynxschleimhaut auftreten, mit Schluckbeschwerden, Husten und Heiserkeit, welche von kurzer Dauer sind. Nicolai, der Verfasser einer Monographie, welche eine Beschreibung der Processionsraupen in naturhistorischer, landespolizeilicher und medicinischer Hinsicht enthält, behauptet, Angina membranacea und Lungenentzündungen beobachtet zu haben. Laudon bezeichnet allerdings den pneumonischen Charakter dieser Lungenleiden. Mir aber erscheint es durchaus plausibel, dass durch den Reiz, den die mit der Luft eingeathmeten Raupenhärchen in den Verästelungen des Bronchialbaums ausüben, erstlich ein mehr oder weniger intensiver Bronchialcatarrh entstehen kann.

Berücksichtigt man noch den Umstand, dass die Härchen auch weiter in die Gewebe eindringen können, also nicht allein einen vorübergehenden Reizzustand setzen, sondern auch eine formative Thätigkeit in den betroffenen Geweben anregen, wie das beispielsweise am Auge der Fall ist, wo die Gewebsneubildung mit dem specifischen Product der Tuberculose die grösste Aehnlichkeit hat, so lässt sich auch für das Lungengewebe die Möglichkeit einer stärkeren Reaction in Form von

[12]) Lancet, 2. Mai 1896. — Das Original war mir leider nicht zugänglich und im Referat des «Wratsch» (1896, Nr. 18, p. 535) ist der Name des Autors nicht angeführt.

[13]) In der Discussion, die sich an meinen Vortrag anschloss, theilte Herr College Jordan einen von ihm in der Umgebung Moskaus beobachteten Fall mit. Es handelte sich um ein Kind, welches mit einer Raupe gespielt hatte und darauf an einem Erythem erkrankte; letzteres schwand nach ein paar Tagen, bei indifferenter Behandlung.

multiplen pneumonischen Infiltrationsherden nicht ohne Weiteres abstreiten.

Erkrankungen der äusseren Geschlechtstheile entwickeln sich, nach Nicolai, bei Kindern, bei denen sie durch die Kleidung nicht genügend geschützt sind; bei Mädchen sollen Anschwellungen der Schamlippen und Leucorrhöe, bei Knaben — Phimosen vorkommen.

In Raupengegenden werden, ausser den Menschen, auch die Hausthiere krank, und zwar in ziemlich gleicher Weise. Hunde, Pferde, Rindvieh, Ziegen und Schafe leiden an Haut- und Augenentzündungen und Husten (Nicolai). Laudon beschreibt den Ausschlag, den er beim Pferde gesehen, als Erbsen- bis Hasselnussgrosse, das Niveau der Haut überragende entzündliche Knoten an den Beinen und am Bauche. Die vorhin angeführte Mittheilung von Taschenberg über Erkrankungen bei Pferden, die mit Heu aus einem Processionsraupen-District gefüttert wurden, bezieht sich auf Cavalleriepferde, welche bei einem Manöver in der Provinz Sachsen gedunsene Köpfe bekamen und das schädliche Futter versagten.

Was nun schliesslich die Entzündungen des Auges anbelangt, so kommen dieselben in sehr leichten, sowie in äusserst schweren Formen vor. Ersteres gilt namentlich von den endemischen Massenerkrankungen, welche, z. B. beim Auftreten von Proccesionsraupen in dem Stadtpark von Eisleben (1879) ausbrachen und neulich (1890) bei den Waldarbeitern in der Umgegend von Berlin durch Processionsraupen, Kieferspinner- und Nonnenraupen verursacht wurden. Mit Ausnahme derjenigen Fälle, in welchen zufällig eine lebende Raupe in's geöffnete Auge eines Försters, Waldarbeiters etc. hineingeräth, verlaufen dieselben als beiderseitige Conjunctivitis, welche, wie Baas[14]) und Störmann[15], berichten, in kurzer Zeit, binnen 8—14 Tagen abläuft und meist spurlos verschwindet. Nicolai führt zwar, aus früheren Zeiten, an, dass dieser Bindehautcatarrh, wenn er vernachlässigt wird, sich mit Hornhautaffectionen complicirt und dass die Hornhautgeschwüre nicht nur zu bleibenden Hornhauttrübungen, sondern auch zur Zerstörung des Augapfels führen können; doch wollen wir von diesen älteren Angaben absehen, da in den neueren Mittheilungen über schwere Augenleiden dieser Art, bisher — 15 Fälle durchweg von directem Contact lebender Raupen die Rede ist, und nicht von einer Fernwirkung derselben.

Diese infolge Verletzung des Auges durch Raupen entstehenden einseitigen Augenentzündungen dauern im günstigsten Falle mehrere Wochen, zuweilen dehnt sich aber der Verlauf derselben auf Jahre hinaus. Die erste einschlägige Beobachtung (Pagenstecher[16]) (1883) betrifft ein Kind, dem eine Raupe in's Auge geworfen worden war und in dessen Iris und Conjunctiva kleine Knötchen vorgefunden wurden; die mikroskopische Untersuchung ergab eine dem Tuberkelknötchen analoge Structur: lymphoide Zellen und Riesenzellen. Im nächstfolgenden Falle, welcher von Weiss[17]) beobachtet wurde (1889), waren am Lebenden die feinen Raupenhärchen in der Vorderkammer zu sehen und wurden im Centrum der aus der Iris excidirten Knötchen gleichfalls Härchen entdeckt. Darauf führte Wagenmann[18]) in einem gleichartigen Falle (1890) durch dass negative Resultat der Färbung auf Tuberkelbacillen den Nachweis, dass es sich bei dieser sogenannten Ophthalmia nodosa s. pseudotuberculosa bestimmt nicht um Tuberculose handelt.

In den weiteren, von Krüger[19]) (4 Fälle). Becker[20]), Hillemanns[21]) (2 Fälle) und Störmann[22]) (2 Fälle) beobachteten Fällen, waren stets die gleichen Erscheinungen zu constatiren, nämlich multiple (3—25 und mehr) derbe kleine Knötchen von gelblicher oder grauröthlich. Farbe und 1—2 Mm. Durchmesser in der Conjunct. bulbi, Conj. palpebrarum und auf der Sclera, sowie — falls die Härchen weiter in die Tiefe gedrungen waren — in der Iris. Daneben fand man fast immer frische Symptome oder Residuen einer intensiven Reaction von Seiten der Cornea und des Uvealtractus: Hornhautinfiltrate, ältere Hornhauttrübungen, Iritis resp. Iridocyclitis mit hinteren Synechien, Pupillarabschluss und Pupillarverschluss. Charakteristisch ist für diese Ophthalmie das schubweise Auftreten und Verschwinden der Knötchen, infolgedessen die Entzündung Exacerbationen und Remissionen macht. Schliesslich beruhigten sich die Augen dieser Patienten, welche sämmlich erst einige Monate nach stattgehabter Verletzung ärztliche Hülfe aufgesucht hatten, nach kürzerem oder längerem Krankheitsverlauf (in einem Falle — nach $2^1/_2$ Jahren), jedoch nicht ohne mehr oder minder beträchtliche Einbusse an Sehkraft. In einigen Fällen (Krüger, Hillemanns, Störmann) ging das Sehvermögen, trotz Behandlung gänzlich zu Grunde.

Erst im J. 1895 kam der erste vom Anbeginn beobachtete Fall zur Veröffentlichung (Elsching[23]), der aber insofern von dem allgemeinen Typus abweicht, als bei der betr. Pat. die Knötchenbildung in der Bindehaut resp. Iris gänzlich fehlte und der Process als Keratitis punctata superficialis verlief; noch nach 8 Monaten waren hier grüne Raupenhärchen in der Cornea sichtbar. Der Ausgang quoad visum war völlige Wiederherstellung der Function. In gleicher Weise hat das Auge des von Hanke[24]) im vorigen Jahre beschriebenen Patienten, der sofort sich zur Behandlung stellte, keinen Schaden erlitten. Hier verlief die Entzündung in ganz typischer Form; zunächst fanden sich nur die Erscheinungen eines intensiven Bindehautcatarrhs und eine frische oberflächliche Verletzung der Hornhaut, späterhin bildeten sich, in Einzelschüben, Knötchen in der Bindehaut, welche dann spurlos verschwanden.

Der dritte frisch beobachtete Fall ist der meinige. Am 2. Juli v. J. constatirte ich bei der Pat., einem 20 j. Fräulein, nachdem ihr Tags zuvor von einem Kinde eine grosse braune haarige Raupe an das rechte Auge geworfen worden war, einen heftigen Reizzustand an diesem Auge und einen oberflächlichen Kratzer auf der Cornea. Ich verordnete eine Atropin-Cocain-Salbe und feuchtwarme Umschläge. In den nächsten Tagen waren die catarrhalischen Erscheinungen zurückgegangen, die Hornhautwunde verheilt, die Schmerzen gewichen, aber auf der Cornea kamen kleine Bläschen und Infiltrate zum Vorschein, welche nach 1—2 Tagen verschwanden, während sich in den tiefen Lagen der Cornea eine zarte streifige Trübung ausbildete. In der zweiten Krankheitswoche bekam Pat. wieder sehr starke Schmerzen, das Auge röthtete sich und wurde sehr druckempfindlich, so dass ich den Ausbruch einer Iridocyclitis befürchtete, aber nach 3 Tagen wurde es wieder schmerzlos. Zu derselben Zeit bemerkte

[14]) Baas, Klinisch. Monatsblätter f. Augenheilkunde, 1888, p. 341.

[15]) Störmann, Inaug. — Dissert., Berlin, 1894.

[16]) Pagenstecher, Klinische Monatsblätter f. Augenheilk., 1883, Bericht der Versammlung der ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg.

[17]) Weiss, Archiv f. Augenheilk. XX. (1889) p. 341.

[18]) Wagenmann, Arch. f. Ophthalm., XXXVI., (1890) 1, p. 126.

[19]) Krüger, Arch. f. Augenheilk. XXIV (1791), p. 174, u. XXV (1899) p. 357.

[20]) Becker, Berliner klin. Wochenschr., 1892, p 529.

[21]) Hillemanns, Deutsche medic. Wochenschr., 1894, p. 517.

[22]) loc. cit.

[23] Elsching, Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. 1895, p. 182.

[24]) Hanke, Deutschmanns Beiträge zur Augenheilk. XXIII. (1896), p. 8.

ich in der Augapfelbindehaut und in der Conj. palp. sup. mehrere kleine Knötchen, welche nach ein paar Wochen verschwanden, hierauf kamen 2—3 neue zum Vorschein und noch im November war ein solches in der Conj. bulbi (oben innen) zu sehen. Im Uebrigen verhielt sich das Auge von der 3. Woche an vollständig ruhig und ist das im Anfange durch die entzündliche Hornhauttrübung stark herabgesetzte Sehvermögen, freilich sehr langsam, zur Norm zurückgekehrt.

Beachtenswerth ist die vollständige Heilung, welche in den drei letzten, unverzüglich in Behandlung genommenen Fällen erzielt worden. Ich wage für's Erste nicht zu entscheiden, ob der günstige Ausgang ausschliesslich auf die sofort eingeleitete antiphlogistische Therapie zurückzuführen ist, oder ob es nur purer Zufall war, dass gerade bei diesen Patienten keine Härchen bis zur Iris vorgedrungen waren und demnach die gefährliche Betheiligung der Gefässhaut ausblieb. Es ist nämlich noch nicht entschieden, ob die Raupenhärchen schon von vornherein die ganze Dicke der Cornea durchzuspiessen im Stande sind, oder erst nachträglich aus derselben weiterwandern und so bis zur Iris gelangen. Manche nehmen das Letztere an und vermuthen, dass das Reiben am Auge das Tieferdringen der Härchen begünstigt. Wie dem auch sei, an den ersten frischen Fällen hat sich jedenfalls die von Hillemanns ausgesprochene Voraussetzung besserer Erfolge einer möglichst frühzeitigen sachverständigen Therapie bewahrheitet.

Die Art der Raupen betreffend, mag erwähnt werden, dass es in einigen Fällen die Raupe des Brombeerspinners war (gastropacha rubi); in anderen, zu denen auch der meinige gehört, liess sich die Species nicht feststellen, aber es waren keinesfalls die als ausgesprochen giftig bekannten Raupen, z. B. Processionsraupen.

Die Structur der in der Bindehaut und Iris entstehenden Knötchen ist bereits kurz erwähnt worden Auf den Abbildungen, welche die Mittheilungen von Becker und Hanke illustriren, sieht man im Centrum des Knötchens den Schnitt eines Raupenhaars, von gelbbrauner Farbe; um denselben herum liegt eine Anhäufung von kleinen Rundzellen mit stark färbbarem Kern, epitheloiden Zellen mit bläschenförmigem Kern und Riesenzellen mit zahlreichen (bis 60) Kernen; zuweilen liegen die Riesenzellen unmittelbar an den Härchen. Dieser Bau der Knötchen musste zu einer Zeit, wo die Riesenzelle als typischer Bestandtheil des Tuberkelknötchens allein galt, wohl als ein sehr auffälliger und merkwürdiger Befund imponiren. Heutzutage wissen wir aber, dass Riesenzellen überall da auftreten können, wo es sich um Resorption oder Ausstossung von Fremdgebilden, namentlich animalischen Ursprungs, handelt; man findet Anhäufungen derselben in der Umgebung abgestorbener Cysticerken (vergl. die Fälle von Schröder und Westphalen[25]), Wagenmann[26]), von abgelagerten Cholesterinkrystallen an den Restend er Linse Wagenmann[27]), selbst an zurückgelassenen Seidenfäden und dergl. m. Mithin bedarf es auch nicht der mehrfach ausgesprochenen Vermuthung, dass es nicht die Raupenhärchen an sich seien von welchen die Bildung derartiger Granulome ausgeht, sondern etwaige mit denselben in den Körper verschleppte Mikroorganismen.

Zum Schluss möchte ich noch die practisch wichtigen Gesichtspunkte betonen, welche sich aus den hier mitgetheilten Thatsachen und Beobachtungen ableiten lassen.

Vor Allem wäre vorkommenden Falles, bei räthselhaften Erkrankungen an Urticaria, Erythemen, Angina etc., zumal zur Sommerzeit und bei Kindern, auch die hier besprochene Ursache zu berücksichtigen. Die genannten Hautaffectionen können, bekanntlich, als Ausdruck einer völlig harmlosen oder, im Gegentheil, sehr schweren Störung auftreten, und hängt deren Prognose von einer möglichst genauen Diagnose ab, bei der man die verschiedensten ätiologischen Momente im Auge haben muss. Möglicherweise werden sich einige räthselhafte Krankheitsformen, wie z. B., das von französischen Autoren (Bodros, Rouger, Ganiez) beschriebene Erythema epidemicum, vielleicht auch das Heufieber, der Bostock'sche Sommerkatarrh auf ähnliche Ursachen zurückführen lassen, wie die hier betrachteten Krankheitsformen.

Ferner möge der practische Arzt eine Verletzung des Auges durch eine beliebige Raupe von vornherein als eine langwierige, ernste und unter Umständen gefährliche Krankheit ansehen, welche durchaus nicht vernachlässigt werden darf, sondern sorgfältige Beaufsichtigung und sofortige energische Behandlung erheischt.

Aus der Erfahrung, dass neben sehr leichten Erkrankungen dieser Art auch schwere vorkommen, wie z. B., die Augenentzündungen, und dass speciell die letzteren nicht allein durch gewisse, sondern wohl durch alle Arten behaarter Raupen hervorgerufen werden können, resultirt die Pflicht, in dieser Beziehung vorbeugend zu wirken. Dass man sich vor dem Stich einer Biene, Wespe etc. hüten muss, weiss jedes Kind, dass aber auch Raupen unangenehm oder gar gefährlich werden können — wissen vielleicht nur die wenigsten Erwachsenen. In dieser Beziehung sollten, z. B., der Schullehrer beim naturwissenschaftlichen Unterricht, der Hausarzt innerhalb der seiner Obhut anvertrauten Familien, der Gutsbesitzer, auf das Landvolk belehrend wirken. Ich glaube, dass man sich darin den Ausführungen des Verfassers des Aufsatzes im Lancet anschliessen muss, welcher dringend empfiehlt, namentlich Kinder vor der Berührung der Raupen zu warnen; auch Hillemanns hat sich bereits für die weitere Verbreitung dieser Kenntnisse ausgesprochen, und zwar — in den populären Werken über Gesundheitslehre, welche allen Gebildeten zugänglich sind.

[25]) Th. v. Schröder und H. Westphalen, Arch. f. Ophthalm. XXXV. (1889), 3, p. 97.

[26]) Wagenmann, Arch. f. Ophthalm. XXXVII. (1891), 3, p. 125.

[27]) Wagenman, Arch. f. Ophthalm. XLII. (1896), 2, p. 1.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden.

29.—31. August 1896.

Zweite Sitzung

(Schluss der zweiten Sitzung).

6. Herr Dr. W. Vierhuff hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber die im Stadtkrankenhause zu Riga gemachten Erfahrungen mit dem Behring'schen Diphtherieheilserum».** (Der Vortrag ist im Druck erschienen, cf. diese Wochenschrift Nr. 41, 1896).

7. Dr. M. Gurwitsch Jurjew (Dorpat). (Correferat über die diesbezüglichen Erfahrungen).

Die Zahl der Diphtheritisfälle die im Dörptschen Stadthospitale mit Heilserum behandelt wurden, ist eine so geringe, dass ich eigentlich garkeine statistischen Daten anführen kann. In Dorpat wurden im Ganzen seit Einführung der Serumtherapie 17 Fälle nach der Behring'schen Methode behandelt. Von diesen 17 betrafen 14 Fälle echte Diphtherie, während 3 Fälle durch Scharlach complicirt waren.

Ich stimme mit dem Herrn Collegen Vierhuff durchaus überein, dass die Seruminjectionen eine günstige Einwirkung auf den Verlauf der Diphtheritiserkrankung ausüben. Nach den Einspritzungen schwinden die stenotischen Erscheinungen schon in 10—12 Stunden und die Membranen lösen sich oft 4—6 Stunden nach der Anwendung des Heilserums. Was die 3 Fälle von Scharlachdiphtherie betrifft, so starb ein Kind an Urämie, das zwete wurde durch das Serum garnicht beeinflusst, während der 3. Fall nach der Injection einen guten Verlauf auf-

wies. In leichteren Fällen genügte die Anwendung einer Injection um eine Besserung hervorzurufen. Ich konnte nach den Injectionen weder eine Zunahme der Eiweissmenge im Urin constatiren, noch beobachtete ich das Auftreten von Eiweiss in solchen Fällen, in welchen der Urin vor der Einspritzung sich als eiweissfrei erwiesen hatte.

Wenn es gestattet ist aus diesen geringen Beobachtungen einen Schluss zu ziehen, so muss man dem durchaus beistimmen, dass das Serum günstige Heilwirkungen auf den Diphtheritisprocess ausübt.

8. Dr. W. Vierhuff: Herr Dr. M. Schmidt Ordinator der Abtheilung für Infectionskrankheiten am Krankenhause zu Riga, hat die Diphtheritis-Sterblichkeit während der letzten 7 Jahre, vor der Anwendung des Behring'schen Serums, zusammengestellt und mich beauftragt, seine Zahlen hier vorzulegen, da er verhindert ist persönlich der Versammlung beizuwohnen.

Im Jahre 1888 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 63, davon starben. 32=50,8%
Tracheotomirt wurden: 32. Es starben: 23=71,9%
Es genasen: 9=28,1%
Ohne Tracheotomie starben: 9.

Im Jahre 1889 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 48, davon starben: 21=43,9%
Tracheotomirt wurden: 22. Es starben: 16=72,7%
Es genasen: 6=27,3%
Ohne Tracheotomie starben: 5.

Im Jahre 1890 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 63, davon starben: 36=57,1%
Tracheotomirt wurden. 40. Es starben: 31=77,5%
Es genasen: 9=22,5%
Ohne Tracheotomie starben: 5.

Im Jahre 1891 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 100, davon starben: 57=57%
Tracheotomirt wurden: 55. Es starben: 42=78,1%
Es genasen: 13=21,9%
Ohne Tracheotomie starben: 15.

Im Jahre 1892 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 65, davon starben: 31=47,7%
Tracheotomirt wurden: 31. Es starben: 23=74,1%
Es genasen: 9=25,9%
Ohne Tracheotomie starben: 8.

Im Jahre 1898 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 50, davon starben: 26=52%
Tracheotomirt wurden: 37. Es starben: 24=64,8%
Es genasen: 13=35,2%
Ohne Tracheotomie starben: 2.

Im Jahre 1894 betrug die Gesammtzahl
der Diphtheritiskranken: 56, davon starben: 28=50%
Tracheotomirt wurden: 42. Es starben: 27=64,3%
Es genasen: 15=35,7%
Ohne Tracheotomie starben: 1.

Wenn Sie, meine Herren, diese Zahlen betrachten, so bleibt die Mortalität, unabhängig von der Frequenz ziemlich constant: im besten Jahr (1889) 43,9, im schlechtesten (1890) 57,1%. Die beiden letzten Jahre 1893 und 94 ergaben die besten Zahlen für die Statistik der Tracheotomien: 64,5 und 64,3% Mortalität, während die Jahre 1890 und 91 die schlechtesten Zahlen aufweisen: 77,5 und 78,1%. Das Procentverhältniss der Gesammtmortalität in den beiden letzten Jahren ist dagegen nicht besser als der Durchschnitt der 5 vorhergehenden Jahre. Daher befinden wir uns nicht in einem absteigenden Schenkel einer grossen Epidemie, oder mit anderen Worten: die Frequenz ist wohl geringer als im Jahre 1891, die relative Mortalität hat sich aber nicht vermindert. Die Intensität der Krankheit ist die gleiche geblieben, die Extensität derselben hat jedoch abgenommen.

Wenn man nun diese 7 Jahre überblickt und dann die 1½ Serumjahre daneben stellt (eine mittlere Frequenz von 75 jährlich gerechnet) mit einer Gesammtmortalität von 26% und mit einer Mortalität von 44%, so wird man sagen müssen, dass die Serumbehandlung einen Fortschritt bedeutet der sich in bestimmten Zahlen ausspricht. Diese Zahlen wären noch erheblich besser, bekäme man die Kranken früher in Behandlung. Nach den Erfahrungen, die Herr Dr. Schmidt in der besseren Privatpraxis gewonnen hat, kann man sagen: wenn das Serum zeitig angewandt würde, so bliebe der Effect auch nicht aus.

In Betreff der Dosirung muss man rathen, die erste Injection nach den Behring'schen Principien je nach der Dauer der Krankheit, in aufsteigender Stärke zu machen, dann aber je nach der Schwere des Falles, nach 12 bis 24 Stunden eine weitere einfache Theildosis folgen zu lassen. 2 bis 3 solcher Injectionen werden wohl genügen. In gewissem Sinne kann man hier sagen: «viel hilft viel».

So unwahrscheinlich es auch ist, dass wir uns gegenwärtig unter dem Einfluss einer milderen Epidemie befinden, so werden doch erst die kommenden Jahre diesen Einwand der Serumgegner entkräften können. Die Gegner befinden sich dabei in der eigenthümlichen Lage, nicht nachgewiesen zu haben, dass früher auch solch ein bedeutendes, auffallendes Sinken der Mortalität stattgefunden hätte. Dieses ist aber unerlässlich.

Wenn bisher die Diphtherie stets in gleicher mörderischer Weise gewüthet hat und der erste Abfall der Mortalitätscurve mit der Serumtherapie zusammenfällt, so muss man in erster Linie von den Gegnern verlangen, dass sie für die früheren Jahre ein ähnliches Sinken der Sterblichkeit nachweisen.

Discussion.

a) Dr. Kussmanow — Rappel: Ich richte an die Vortragenden die Fragen: erstens, ob Sie das Schering'sche Antitoxin angewandt und mit dem Behring'schen Heilserum verglichen haben, zweitens, ob Sie in der Lange waren über die Haltbarkeit der Injectionsflüssigkeiten Erfahrungen zu sammeln?

b) Dr. W. Vierhuff. Systematische Versuche mit dem Schering'schen Antitoxin wurden nicht angestellt. In einem Fall von leichter Diphtherit. fauc. et lar. fand dasselbe Verwendung.

Was die Haltbarkeit des Serums anbelangt, so ist es nicht rathsam es lange aufzubewahren. Auf jedem Fläschchen ist das Datum der Controllprüfung vermerkt. Im Krankenhause zu Riga wird das Serum nicht länger als 3 Monate nach der bezeichneten Prüfung aufbewahrt.

In Bezug auf die Casuistik des Herrn Dr. Gurwitsch möchte ich bemerken, dass Fälle von reinem Scharlach, ausgenommen diejenigen, wo es sich um das seltene Zusammentreffen mit echter Diphtherie handelt — nicht in eine Serumstatistik aufgenommen werden dürften, da das Serum in solchen Fällen keine Wirkungen aufweist. Das Serum entfaltet doch nur eine specifische Wirkung gegen die von den Löffler-schen Bacillen producirten Toxine, während es sich aber durchaus wirkungslos erweist gegen die Ausscheidungsproducte der anderen Bacillen-Species.

c) Dr. Katterfeldt-Waldheim. Was die Haltbarkeit des Serums betrifft, so glaubt Behring, dass dasselbe im Verlaufe eines Jahres seine Wirksamkeit nicht einbüsst. In Betreff der Scharlachdiphtherie will ich den Herrn Collegen Gurwitsch darauf aufmerksam machen, dass dieselbe nur in dem Falle durch die Anwendung von Heilserum günstig beeinflusst werden kann, wenn sie eine Mischinfection mit Diphtheriecoccen darstellt. Behring selbst widerräth die Scharlach-Diphtheritis mit dem Heilserum zu behandeln und schlägt vor, für diese Fälle den Namen Diphtheritis fallen zu lassen. Um aber bei jeder einzelnen Erkrankung die Mischinfection auszuschliessen sind mikroskopische Untersuchungen unerlässlich.

d) Dr. Gurwitsch — Jurjew (Dorpat). Eine mikroskopische Untersuchung habe ich in meinen Fällen von Scharlachdiphtherie allerdings nicht ausgeführt. Da die Diagnose Scarlatina nicht von vornherein gestellt wurde, sondern der Verdacht einer Diphtherie vorlag, wurden die Injectionen mit dem Heilserum vorgenommen. Die Diagnose Scarlatina klärte sich erst später auf: das eine Mal, als der Kranke ein ausgesprochenes Abschuppungsstadium darbot und ein zweites Mal, als die Schwester des Patienten an einer zweifellosen Scarlatina erkrankte.

e) Dr. Truhart. Es ist nicht allzulange her, dass der Enthusiasmus über die Wirkungen des Tuberculin, zu welchen ja zweifellos die ersten Erfolge dieses Mittels bei der Behandlung der Tuberculose zu berechtigen schienen, bei weiteren Erfahrungen einer um so grösseren Depression weichen musste. Es scheint daher wohl geboten bei der Serumtherapie der Diphtheritis von vorn herein sich nicht allzu sanguinischen Hoffnungen hinzugeben, erheischt ja doch die Beurtheilung etwaiger therapeutischer Erfolge bei der Diphtheritis schon an und für sich um so grössere Vorsicht, da gerade diese Infectionskrankheit bekanntlich je nach dem sogen. «genius epidemicus» ganz auffallende Schwankungen in der Intensität ihres Auftretens zu erkennen giebt, da fernerhin die bisherigen, wenn auch relativ ziemlich zahlreichen Versuchsreihen der Wirksamkeit des Diphtherieheilserums im Hinblick auf den wechselvollen Character der Erscheinungsformen dieser Krankheit immerhin doch noch lange nicht zu einem definitiven Schluss-Urtheil berechtigen, endlich aber da auch jetzt schon von den verschiedensten Seiten her gewichtige Stimmen sich nicht nur gegen die immunisirende, sondern auch gegen die heilende Wirkung des Behring'schen Serums erheben. Diesen Stimmen auch hier Gehör zu verleihen, verlangt bei der Wichtigkeit der Frage schon die Pflicht der Objectivität, um so mehr da die Herren Vorredner sich bisher nur zu Gunsten der Serumtherapie ausgesprochen und die Erfahrungen bei uns zu Lande sich bisher auf ein doch nur sehr beschränktes Material und auf eine nur kurze Zeit der Beobachtung stützen.

Sörensenn in Kopenhagen weist unter Anderen in den Therapeutischen Monatsheften dieses Jahres, wenn ich nicht

irre im März- oder Aprilheft, daraufhin, dass die geringere Mortalitätsziffer bei Diphtheritis im letzten Jahre auf die Abnahme der In- und Extensität der diesjährigen Epidemie in Europa zurückzuführen sei, wie solches auch aus den Sammelforschungen des deuts hen Reichsgesundheitsamts über das Auftreten dieser Infectionskrankheit ersichtlich. Dass aber das Sinken der Mortalitätsziffer nicht durch den Einfluss der Serumtherapie hervorgerufen sei, dafür lasse sich schon die Thatsache anführen, dass in Kopenhagen in Sörensenn's Spitale unter 246 nicht mit Serum behandelten leichten und mittelschweren Fällen nicht ein einziger Todesfall eingetreten war, dass unter 13 operirten Fällen von Kehlkopfdiphtheritis ohne Injectionstherapie nur ein einziger letalen Ausgang nahm — während im Rigaschen Stadtkrankenhause, wenn ich nicht irre 44% Sterblichkeit bei Serumbehandlung verzeichnet wurden — dass fernerhin die in Kopenhagen behandelten schweren Diphtheritisfälle, gleichgültig, ob der Injectionscur unterworfen oder nicht, dieselbe Mortalitätsziffer, wie auch die gleiche Dauer des Krankheitsverlaufs beobachten liessen, ja aus den Veröffentlichungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes lasse sich ersehen, dass die Mortalitätsziffern bei Diphtheritis seit Einführung der Serumtherapie keineswegs überall eine merkliche Herabsetzung, im Gegentheil in einzelnen Städten, wie in Triest, Moskau und Pet rsburg sogar eine starke Steigerung erfahren haben.

Andere Autoren wiederum, wie Prof. Kassowitz in Wien heben hervor, dass die Nierenreizung und Albuminurie bei der Serumbehandlung keineswegs seltener auftreten, als sonst, dass fernerhin die postdiphtheritischen Lähmungen häufiger und in schwereren Formen zur Erscheinung kämen, ja dass auch bei dieser Behandlungsmethode plötzlicher Tod durch Herzparalyse keine Seltenheit sei.

Eine immunisirende Wirkung des Heilserum sei, bei Thieren nur für die kurze Dauer von Wochen, bei Menschen noch keineswegs erwiesen, denn trotz vorausgeschickter mehrfacher Injectionen käme die Diphtheritis im weiteren Verlauf als absteigender Croup zur Erscheinung, trotz vorangegangener Serumtherapie werde mehrmaliges Auftreten von Diphtheritis, ja zuletzt selbst in schwerer Form mit tödtlichem Ausgang beobachtet, die Immunisirungsversuche an Gesunden endlich seien überdiess doch mit allzugrossem Risico verknüpft, wofür die durch die Literatur bekannt gewordenen Fälle: Langerhans und Alföldi lehrreiche und warnende Beispiele lieferten.

In Vorangehendem habe ich versucht, die Anschauungen auch der Gegner des Diphtherieheilserums, soweit mir dieselben aus der Literatur augenblicklich gegenwärtig, hier zur Geltung zu bringen und habe ich persönlich bisher den Eindruck gewonnen, dass die Acten über diese wichtige und brennende Frage bisher jedenfalls noch nicht als geschlossen betrachtet werden dürfen.

f) Dr. Vierhuff. Die Zahl der Arbeiten, die sich gegen das Serum aussprechen ist bekanntlich keine kleine. Es handelt sich nur um die Frage ob diejenigen, die sich gegen das Serum erklären, oder diejenigen, die die Anwendung desselben befürworten ein beweiskräftigeres Material vorbringen können. Es sind mehrere Versuchsreihen mitgetheilt, in welchen bei sonst gleich bleibendem Charakter der Epidemie ein Theil der Fälle mit Serum, ein Theil ohne dasselbe behandelt wurden. Die genaue Analyse der Heilerfolge sprach meistentheils zu Gunsten der Serumtherapie. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Mittheilungen des Berliner Krankenhauses «am Urban». Die Frage nach den Erfolgen der Immunisirung und die Frage nach den Resultaten der Behandlung mit dem Heilserum müssen durchaus auseinandergehalten werden, da die Ergebnisse mit der Immunisirung lange nicht so günstig ausfallen wie die Resultate die mit der Einspritzung des Serums bei Erkrankungen erzielt werden. Sehr beachtenswerth ist der von Bäumler auf dem letzten Congress für innere Medicin zu Wiesbaden gegebene Bericht über diese Fragen. Bäumler fasst seine Ansicht dahin zusammen dass die Einspritzung mit dem Serum eine wirksame Methode zur Heilung der Diphteritis darstellt, und dass wir das Diphtherieheilserum durchaus zu dem sicheren Besitzstand unserer Heilmittel zählen dürfen.

g) Herr Dr. Robert Koch — Dorpat (Jurjew.) „Ueber Entfettungscuren".

Redner geht von der bekannten Thatsache aus, dass alle Entfettungscuren auf dasselbe Princip hinauslaufen: verminderte Zufuhr resp. gesteigerter Zerfall und unterzieht die verschiedenen Hungercuren, Durstcuren, Terraincuren einer kritischen Beurtheilung wobei er hervorhebt, dass diese Methoden zu rechter Zeit, am rechten Ort, bei geeigneten Individuen, unter geeigneten Verhältnissen, Erfolge aufweisen. Es wäre das Verdienst von Schweninger auf die Nothwendigkeit der Individualisirung jedes einzelnen Falles und der Variationen, die sich nothwendig im weiteren Verlauf, je nach den Resultaten, in den Wirkungen auf das Individuum ergeben, als ausschlaggebende Factoren hingewiesen zu haben. Auch bei der Schweninger-Cur komme es im Grossen und Ganzen immer auf dasselbe heraus, es handele sich im Wesentlichen auch hier um die mechanische Behandlung des Körpers, um hydrotherapeutische Applicationen, um Diät etc. und trotzdem liege doch etwas Originelles in seiner Durchführung dieser gewöhnlichen Verordnungen. Vortragender beschreibt einige mechanische Manipulationen, wie sie in einem Sanatorium nach Schweningers Vorschriften geübt werden und von deren Wirksamkeit er sich persönlich überzeugt hätte.

Die in den letzten Jahren von einigen Autoren mit Erfolg durchgeführte Behandlung der Fettleibigen mit Schilddrüsensubstanz hat Vortragender sowohl an sich selbst, als auch versuchsweise an drei Corpulenten geprüft und stimmt mit den von Leichtenstern und seinem Assistenten Wendelstadt erzielten Erfolgen überein. Auch bei seinen Versuchen stellte sich bei täglichem Gebrauch von 3 Tabletten von 0,3 Schilddrüsensubstanz gesteigerte Diurese und eine ziemlich beträchtliche Gewichtsabnahme ein, (bei 3 wöchentlicher Versuchsdauer durchschnittlich 2 Kilo pro Woche) bei gleichbleibender Lebensweise und Nahrungsaufnahme. — In Betreff der Frage, wodurch der Erfolg bei der Schweninger-Cur und bei der Schilddrüsen-Behandlung der Fettleibigen bewirkt werde, glaubt Vortragender eine gewisse Analogie beider Curmethoden annehmen zu dürfen. Beide Methoden zeigen in ihren Wirkungen einen gesteigerten Zerfall, aber nicht eine verminderte Zufuhr, wie bei den übrigen Entfettungscuren. Leichtenstern hat mit seiner Behauptung Unrecht, dass die Erfolge aller sog. diätetischen Curen immmer auf Unterernährung zurückzuführen seien. Wenn man die Schweninger Diätzettel auf ihren Calorienwerth berechnet, so weisen dieselben einen genügenden calorischen Bedarf auf; nur dem «Zuviel» und namentlich dem irrationellen, gewohnheitsmässigen «zu viel» soll durch die Schweninger-Diät gesteuert werden, — Bei der Thyreoidea-Behandlung und der Schweninger-Cur wird dieser gesteigerte Zerfall — wie Vortragender vermuthet — auf verschiedene Weise erreicht. Die Thatsache nämlich, dass auch bei der anaemischen Form der Fettsucht, ja auch bei schwachen und relativ insufficienten Herzen die Schweninger-Cur gute Resultate erzielt, ohne subjective Beschwerden, legen den Gedanken nahe, dass es sich im Wesentlichen um Fettschwund, und in ganz geringem Grade um Eiweissverluste handelt. Selbstverständlich können hier nur ausgedehnte Stickstoff- und Phosphorbestimmungen die Entscheidung bringen.

Bei den übrigen Entfettungscuren in denen thatsächlich eine Unterernährung stattfindet, — und bei der Behandlung mit der Thyreoideasubstanz ist nach Noorden und Dapper immer Eiweissschmelzung in beträchtlichem Masse beobachetet worden. Leichtenstern sagt mit Recht, das Ideal aller Entfettungscuren sei, den Körper zu entfetten, ohne den Eiweissbestand desselben herabzudrücken. Ob das aber je in vollem Masse erreicht werden kann, bleibt weiteren Forschungen vorbehalten. (Autoreferat.)

Discussion.

a) Dr. Koppe — Pernau. So bestechend es auch sein mag die Fettleibigkeit mit Schilddrüsenpräparaten zu behandeln, so glaube ich doch vor einer Verallgemeinerung des Gebrauches dieses Mittels (Thyreojodin) bei der Fettsucht warnen zu müssen. Einmal sind die Schilddrüsenpräparate viel zu wenig bekannt, zweitens ist ihre Ungefährlichkeit durchaus nicht erwiesen. So lange nicht genauere Stoffwechseluntersuchungen über die Wirksamkeit dieser Präparate vorliegen, empfiehlt sich die Behandlung der Fettsucht mit diätetischen und mechanischen Methoden weit mehr als die Behanlung mit unbekannten und gefährlichen Heilmitteln.

b) Dr. Mauring — Aahof. Ich möchte an den Vortragenden die Frage richten, ob er die Thyreoid-Tabletten etwa, weil sie appetitlicher einzunehmen sind als die rohe Schilddrüsensubstanz anwendet, oder ob die Tabletten thatsächlich eine günstigere Heilwirkung entfalten?

c) Dr. Koch — Jurjew (Dorpat). Was die Unsicherheit in der Wirkung der Thyreoidtabletten betrifft, so beruht sie darauf, dass die bisher bekannt gewordenen Versuche mit dem deutschen Präparate von Merck angestellt wurden. Das deutsche Präparat ist in seiner Anwendung entschieden unsicher und bewirkt Erscheinungen die nach dem Gebrauch der englischen Tabletten nicht auftreten. Ich habe zu meinen Versuchen nur englische Tabletten (Burroughs & Wellcome) angewandt und keinerlei unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. Weiter, was die Frage betrifft aus welchen Gründen wir den Gebrauch der Tabletten dem Gebrauche der rohen Schilddrüse vorziehen, so ist darauf zu erwidern: aus Gründen einer möglichst genauen Dosirung des Präparates. Die Tabletten enthalten 0,1—0,3 der Schilddrüsensubstanz und gestatten daher eine sicherere Anwendung als die rohe Drüse.

d) Dr. Koppel — Jurjew (Dorpat). Da die Schilddrüsensubstanz bei den verschiedensten Hautkrankheiten empfohlen wird, so lag es nahe dieses Mittel auch in der Behandlung der

Lepra zu versuchen. Ich verabfolgte das Thyreoidinum siccum Merck längere Zeit hindurch 15 Leprösen in Gaben von 0,1—0,6. 3 Mal täglich. Innerhalb zweier Monate konnte ich bei diesen Kranken, die sich alle unter den gleichen Lebensbedingungen befanden, weder günstige noch ungünstige Erscheinungen beobachten. Das Körpergewicht blieb die ganze Zeit hindurch annähernd dasselbe. Es handelte sich um hagere Individuen, deren Ernährung eine mässige war. Ob die Gewichtsabnahme nach dem Thyreoidingebrauch nur bei solchen Individuen eintritt, die ein starkes Fettpolster besitzen oder ob das Präparat an sich unwirksam war, muss ich dahingestellt sein lassen. Für die erstere Annahme spricht ein Fall meiner Beobachtung. Ich behandelte eine corpulente Frau, die eine Struma hatte mit der frischen Schilddrüse des Kalbes. Nach dem Gebrauch constatirte ich nicht nur eine Abnahme der Struma sondern auch eine Abnahme des Körpergewichtes von 5½ Pfd. in einer Woche.

e) Docent Dr. Zoege von Manteuffel. Die Frage der Dosirung der Schilddrüsensubstanz ist eine sehr wichtige. Das deutsche Präparat ist allerdings unzuverlässig und unwirksam. In einem Falle von beginnender Basedowscher Krankheit verordnete ich die 15-fache Gabe des Merkschen Präparates bis erst eine Wirkung eintrat. Eine Gewichtsabnahme war in diesem Falle nicht zu beobachten. Nach meiner Erfahrung verordnet man entweder die frische Schilddrüse oder aber das englische Präparat. Wenn Dr. Koppe meint die Schilddrüsenpräparate wären unbekannt, so ist dieses nicht der Fall. Wenngleich die Päparate chemisch noch nicht völlig analysirt sind, so liegen doch schon viele Versuche mit guten Resultaten am Menschen vor, dass man diese Mittel ruhig anwenden darf, und ein weiteres Studiu m derselben durchaus gerechtfertigt erscheint.

Nachtrag:

Dr. Bergengrün — Riga demonstrirt eine Serie von Bildern, (Bleifederzeichnungen und Aquarelle) welche, von Künstlerhand nach dem Leben ausgeführt, die lepröse Erkrankung der Nase, des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes illustriren.

Vortragender bemerkt dazu, dass die Lepra tuberosa der Schleimhäute in 4 Stadien verlaufe, die anatomisch wohl begrenzt ,und nacheinander, klinisch aber häufig nebeneinander [sich abspielen. 1. Stadium (fluxionis et catarrhale), ausgezeichnet durch Röthung, Schwellung und Hypersecretion. — 2. Stadium (infiltrationis), gekennzeichnet durch Bildung diffuser oder knotiger Infiltrate die auf Rundzellenanhäufung beruhen, ferner durch besonders intensive Blässe und Trockenheit. — 3. Stadium (Ulcerationis). Die Knoten erweichen in der Mitte, verlieren das Epithel, zuletzt kommt es zur Bildung von Geschwüren; Letztere sind tief, unregelmässig zerrissen, callös umrandet — oder flach, extensiv sehr ausgebreitet, ohne scharfe Ränder. Die Geschwüre respectiren keine Gewebsart, — so dass ganze Organtheile verloren gehen. 4. Stadium (cicatrisationis et atrophiae) characterisirt durch Bildung weissglänzender, strahliger, anästhetischer Narben, den syphilitischen Narben sehr ähnlich. Es besteht grosse Neigung zu Recidiven.

Die klinische Differentialdiagnose der Lepra tub. mucosarum ist, besonders der Syphilis gegenüber oft sehr schwer; sie wäre manchmal unmöglich, wenn sie nicht durch die allgemeine Untersuchung des Kranken unterstützt würde.

Die Nase wird gewöhnlich zuer t ergriffen. Prodomale Epistaxis, wird von vielen Autoren als constantes Symptom besonders hervorgehoben, von anderen gar nicht erwähnt, wurde in Riga niemals beobachtet. — Knochenschmerz und Auftreibung der Nasenwurzel. Im Laufe der Krankheit, — (durch Bilder werden die Formveränderungen der äusseren Nase veranschaulicht) — wird die Nasenathmung aufgehoben, dadurch entsteht dann mechanische Anosmie, Rhinolalia clausa und viele andere, quälende Symptome, welche sich aus constanter Mundathmung ergeben.

Das Zahnfleisch ist immer, aber oft in nur geringem Grade afficirt; in einzelnen Fällen war ein kleines Knötchen der Gingiva das einzige Moment, welches die Lepra des betr. Individuum als mixta erkennen liess. Die Zähne fallen häufig aus.

Mundhöhle. Die Zunge zeigt anfangs einfache Hypertrophie der pap. fungiform.; nachher Feldertheilung der Oberfläche; tiefe, oft blutige Risse im rechten oder spitzen Winkel zu einander, grenzen grauschimmernde oder, silberweisse leicht erhabene Quadratflächen ab. Letztere erheben sich, besonders an der Zungenwurzel zu kugligen, hellrosenfarbenen, weissgestippten Tumoren, die ganz symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie sitzen und die Grösse von Kirschen erreichen können! Geschmack und Temperatursinn ist oft herabgesetzt, schwindet auch ganz, aber nicht immer; häufig wird rasende Schmerzhaftigkeit der Zunge beobachtet.

Wangen meist intact. Am Gaumen findet sich oft ein bandartiger, aus Knötchen und Geschwüren combinirter, 1—2 cmt. breiter Streifen, der von den Incisivi bis zur Uvula hinzieht, — dessen nächste Umgebung normal ist.

Die hinteren Gaumenbögen erkranken meist frühzeitig und in sehr hohem Grade, während die vorderen Bögen eine viel geringere Neigung zur leprösen Entartung bekunden. Oft bleiben sie ganz verschont, was bei den vorderen Bögen nur äusserst selten vorkommt.

Die Uvula erkrankt mit kleinknotiger Wucherung an der Basis, nicht an der Spitze. Sie atrophirt oft, oder wird geschwürig vernichtet — andererseits bildet sie sich in eine, oft weit über Mandelgrösse hinausgehende condylomatöse Wucherung um. In seltenen Fällen kann sie fibröser Degeneration anheim fallen.

Die Tonsillen sind oft höckrig verdickt, bleiben aber auch in sehr vielen Fällen ganz normal.

In der Rachenhöhle beginnt die Lepra gewöhnlich an der Rückenfläche von Velum und Uvula, dann erkranken die Lateralfalten und die Hinterwand, von wo aus die Knotenbildung aufwärts steigt, um das Rachendach die Choanen und hinteren Enden der Nasenmuscheln zu afficiren. Letztere werden nur so, niemals in directem Zusammenhange mit der Erkrankung der vorderen Nasentheile ergriffen und zwar meist die eine früher, als die andere. Zuletzt gleicht der von Tumoren erfüllte Rhinopharynx einer Tropfsteinhöhle.

Der Kehlkopf wird gewöhnlich am spätesten ergriffen: viele. bis 10 Jahre (und mehr!) können vergehen, ehe sich deutliche Stimmstörung und Athemnoth einstellt. Beide Symptome waren schon im Mittelalter bekannt. Die Stimme wird, abgesehen von ihrem Nasalklange, heiser, schrill, geräth in die höchsten, fistulirenden Diskantlagen; oft erlischt sie endlich ganz und gar. — Die Athemnoth kann allmählig oder plötzlich zur Suffocation ansteigen, welche die Tracheotomie erheischt. Ueber die Frequenz dieser Operation bei Leprösen liegen ganz verschiedene Berichte vor: die Einen haben sie «häufig», die anderen «äusserst selten» machen müssen; im Leprosorium zu Riga musste sie bisher in 7% der Fälle vergenommen werden. (bei Hillis finden wir 38% angegeben).

Die Epiglottis erkrankt in allen Fällen zuerst, indem sie sich diffus verdickt und dann Knollenbildung aufweist: ganz constant sehen wir bei der leprösen Epiglottis Rückwärtslagerung (seitliche Cpmpression, Omegaform). Einrollung der Seitenränder und dachgiebelförmige Einknickung in der Mittellinie: darum ist auch der laryngoscopische Einblick ins cavum laryngis meist erschwert, oft unmöglich. — Der Kehldeckel schwillt zu einem mächtigen Klumpen an, kann später aber durch Ulceration oder fibröse Schrumpfung ganz oder theilweise verloren gehen.

Nächst der Epiglottis wird die hintere Einrahmung des aditus ad vestibulum laryngis (pl. ary-epigl. und cart. aryt.) verunstaltet, dann die Taschenbänder. und gewöhnlich in letzter Reihe die Stimmbänder. Keine andere Kehlkopfaffection kommt der Laryngitis leprosa an Multiformität des laryngoscopischen Bildes gleich: dieses zeigt uns oft ein so wüstes Durcheinander von Formen und Farben, welche letztere sich in allen Schattirungen und Contrasten von weiss, gelb, roth und violett bewegen, dass nur die anatomische Erfahrung uns sagen kann, dass das vorliegende Gebilde ein menschlicher Kehlkopf ist.

Zum Schluss demonstrirt Vortragender noch mehrere Photogramme von Sectionspräparaten lepröser Kehlköpfe.

(Autoreferat.)

Schluss der 2. Sitzung.

d. Z. Secretair: Dr. med. Albert Behr.

Vermischtes.

— Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wird auch in diesem Jahr in Staraja Russa, Lipezk und Druskeniki Sanatorien für kranke Kinder eröffnen. Um rechtzeitig die Zahl der zu erwartenden Kinder feststellen zu können, wird vom 15. März an die Annahme von Bittgesuchen täglich von 6—8 Uhr Abends im Local der Gesellschaft (Дмитріевскій пер. д. 15) erfolgen. Angenommen werden Kinder von 4—15 Jahren (Knaben bis 14 Jahren), mit Scrophulose, Rheumatismus, Knochen- und Gelenkleiden, allgemeinen Ernährungsstörungen, Uebermüdung und Neurasthenie. Ansteckende Krankheiten sind ausgeschlossen. Gegen eine Zahlung von 70 Rbl. für die ganze Saison (75—90 Tage) werden Kinder in unbeschränkter Anzahl aufgenommen, gegen Zahlung von 35 Rbl. in begrenzter Zahl. Auch die Anzahl der gratis aufzunehmenden Stipendiaten der Gesellschaft ist begrenzt durch die zur Verfügung stehenden Mittel.

Die Verpflegung ist für alle Kinder die gleiche.

Spenden und Geldbeiträge werden im Local der Gesellschaft entgegengenommen.

— Als Nachfolger Prof. Kobert's ist der Laborant und Privatdocent der Moskauer Universität, Collegienrath Dr. Tschirwinski, zum ausserordentlichen Professor der Universität Jurjew (Dorpat) für den Lehrstuhl der Pharmakologie ernannt worden.

— Der ordentliche Professor der Odessaer Universität Dr. W. Salenski, welcher sich durch seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiet der Embryologie einen Namen gemacht, ist zum ordentlichen Academiker der Academie der Wissenschaften ernannt worden.

— Aus Anlass der Centennarfeier zum Gedächtniss Kaiser Wilhelm I. ist der berühmte Kieler Chirurg Prof Dr. v Esmarch zum preussischen wirklichen Geheimrath mit dem Titel Excellenz ernannt worden.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Arzt der St. Petersburger Palais-Verwaltung Dr. Mayer.

— Verstorben: 1) In Tula plötzlich auf dem Bahnhofe der Tulasche Kreisarzt W. T. Schtschukin im Alter von 48 Jahren. 2) Am 2. März in Kronstadt der ältere Arzt der 16 Flottenequipage Nikolai Pernanski im 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in Kasan erhalten, wo er im Jahre 1878 den Cursus absolvirte. Seine ganze Dienstzeit hat er der Marine gewidmet, anfangs als Flottenarzt in Wladiwostok, dann als Ordinator am Kronstädter Marinehospital und zuletzt als Arzt einer Flottenequipage. 3) In Wilna der jüngere Arzt des 107. Infanterieregiments Iwan Beilin, 50 Jahre alt. Der Verstorbene war früher Lehrer an einer jüdischen Schule in Wilna und widmete sich erst später dem Studium der Medicin. 4) In Halle der Director des zahnärztlichen Instituts der dortigen Universität Prof. Dr. Ludwig Holländer, im Alter von 64 Jahren. Nach Absolvirung seiner Studien im Jahre 1857 war H. neun Jahre lang praktischer Arzt in Südafrika, wandte sich nach seiner Rückkehr nach Europa in Berlin der Zahnheilkunde zu und wurde in den 70-er Jahren Director des neubegründeten zahnärztlichen Instituts in Halle.

— Der Privatdocent für innere Medicin in Wien, Dr. Chvostek, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Diejenigen Arzte, welche am 31. December 1866 den Cursus an der medico-chirurgischen Academie absolvirt, haben, um an diesem Tage des 30-jährigen Jubeläums ihrer ärztlichen Thätigkeit ein gutes Werk zu stiften, 450 Rbl. unter sich gesammelt, von denen sie 25 Rbl. dem auf den Namen des Prof. S. P. Botkin zu gründenden Asyl für Aerzte und die übrigen 425 Rbl. zur Verstärkung des Capitals gespendet, welches bei der medicinischen Unterstützungscasse zur Unterstützung von nothleidenden Aerzten und deren Familie gegründet ist.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat in ihrer Sitzung am 13. März beschlossen, bei der Duma darum nachzusuchen, die gegenwärtige Zahl der städtischen Aerzte, sowie der Schul- und Sanitätsärtzte von 52 auf 80 zu vermehren und den dazu erforderlichen Credit von 137,000 Rbl., statt der bisherigen 90,000 Rbl. zu bewilligen. (Wr.)

— Der Professor der Geburtshülfe W. F. Snegirew in Moskau hat zur Errichtung eines Convicts bei der Moskauer Universität 8000 Rbl. gespendet.

— Die bekannte Wohlthäterin Baronesse Hirsch welche bereits grosse Summen für Krankenhäuser gespendet, hat neuerdings wieder 80,000 Pfund Sterling (nach dem Curse über 750,000 Rbl.) zum Bau eines Hospitals für lungenkranke Kinder an der Riviera hergegeben.

— Die vor Kurzem hierselbst verstorbene Frau Owsjanikow hat der hiesigen Irrenanstalt «Alle Leidtragenden» ein Capital von 11,350 Rbl. testamentarisch vermacht, dessen Zinsen alljährlich zu Ostern zur Belohnung der Krankenwärterinnen dieses Hospitals verwandt werden sollen.

— Der Zudrang zu dem im Herbst dieses Jahres zu eröffnenden weiblichen medicinischen Instituts ist ein enormer. Den »Birsh. Wedom.» zufolge sind allein in der zweiten Märzwoche 850 Aufnahmegesuche eingelaufen.

Wir bringen nachstehend die wichtigsten Bedingungen für die Aufnahme in das weibliche medicinische Institut, welche soeben im Regierungsanzeiger publicirt wurden: 1) Als Zuhörerinnen werden Frauen und Jungfrauen christlicher Confessionen aufgenommen, die nicht jünger als 20 und nicht älter als 35 Jahre sind. 2) die Aspirantinnen haben den Gesuchen auf den Namen des Directors folgende Documente beizufügen: Standeszeugniss; Geburts- und Taufzeugniss; Zeugniss über Absolvierung des Cursus eines 8 klassigen Gymnasiums des Ministeriums der Volksaufklärung, oder der Institutionen der Kaiserin Maria oder einer diesen Anstalten gleichgestellten Schule; ein Zeugniss über die bestandene Prüfung in der lateinischen Sprache in dem für die Maturitätsprüfungen an Gymnasien vorgesehenen Umfange; ein Sittenzeugniss; ein Curriculum vitae; Erlaubnissscheine der Eltern, Vormünder oder Ehegatten; 2 Photographien mit der Namensunterschrift der Petentinnen. Die Entscheidung über die Aufnahme oder Zurückweisung wird schriftlich mitgetheilt werden. Die aufgenommenen Zuhörerinnen haben am 15. September zu erscheinen und bis zu diesem Termin die Hälfte der jährlichen Zahlung für die Vorlesungen mit 50 Rbl. zu erlegen. Personen, die im Convict Aufnahme finden, haben zu demselben Termin 150 Rbl. zu erlegen. Für die jährliche Zahlung von 300 Rbl. erhalten die Zuhörerinnen im Convict Wohnung, Beheizung, Bedienung, Wäsche, Thee, Frühstück und Mittag im Laufe des Lehrjahres.

— Professor Robert Koch veröffentlicht in der «Deutschen med. Wochenschrift», dass es ihm nach jahrelangen Untersuchungen gelungen sei, zwei Tuberkulinpräparate, Tuberculin O und R, herzustellen, welche subcutan angewandt entschieden gegen Tuberkelbacillen immunisirend wirken. Bei tuberkulösen Meerschweinchen konnten nach Anwendung des neuen Tuberkulins regressive Veränderungen an den erkrankten Organen nachgewiesen werden und bei tuberkulösen Menschen im Anfangsstadium der Krankheit und bei Lupuskranken wurde ausnahmslos eine bedeutende Besserung durch diese Behandlung erreicht. Irgend welche unangenehme Nebenwirkungen des Mittels wurden nicht constatirt. Das Mittel wird von den Höchster Farbwerken hergestellt und in den Handel gebracht.

— Massregeln gegen die Einschleppung der Pest. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung einer Einschleppung der Pest nach Russland sind als Bevollmächtigte zur Ergreifung der nöthigen Massnahmen abdelegirt worden: Generallieutenant Wassmundt — für den Schwarzmeerrayon, die türkische und persiche Grenze und den Kaspisee und Senator Lichatschew — für die Westküste des Kaspisees und den Wolgarayon bis Nisnni-Nowgorod. Ersterer wird von dem Professor der Hygiena in Warschau, Kowalkowski und dem älteren Arzt der Schlüsselburger Gensdarmerieverwaltung Dr. Besrodny, letzterer von dem Professor der Hygiene der Universität Jurjew (Dorpat) Chlopin. und dem Ordinator des Botkinschen Barackenhospitals Dr. Ketscher begleitet. Beiden Bevollmächtigten sind ausserdem eine Anzahl Officiere und Untermilitärs zur Disposition gestellt. — Was den auf dem britischen Dampfer «Blodwin» aus Port-Said in Feodossia eingetroffenen kranken Matrosen anbetrifft, bei welchem Anschwellung in der Leistengegend, in den Achselhöhlen und den Halsdrüsen bei erhöhter Temperatur und allgemeiner Schwäche constatirt wurden, so befindet sich derselbe bereits in der Besserung. Die von Dr. Wichert, der dem Bevollmächtigten des Schwarzmeergebietes Contre-Admiral Fürst Schachowskoi. attachirt ist, an Meerschweinchen vorgenommenen Impfungen mit den im Körper des Erkrankten gefundenen Bacillen, haben übrigens auch negative Resultate ergeben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. März d. J. 8268 (30 mehr als in d. Vorw.), darunter 768 Typhus — (67 mehr), 914 Syphilis — (8 wen.), 162 Scharlach — (27 mehr), 98 Diphtherie — (0 mehr), Masern 145 — (5 mehr) und 24 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. März 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
327	304	631	122	61	90	20	12	32	59	42	56	43	45	37	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 14, Diphtherie 25, Croup 2, Keuchhusten 3. Croupöse Lungenentzündung 29. Erysipelas 7, Grippe 5. Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 18. Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 53. Todtgeborene 32

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 1. April 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. April 1897.

Avis für die Herren Aerzte.

Sterilisirte Einzelverbände

nach Prof. Dr. **Dührssen** (Berlin).

Engros und Detail-Verkauf für Russland nur

Constantin Hersch,

1) W. O. 1. Linie 20. Telephon **3602**.
2) Snamnskajae № 35 Ecke Baskoff Per. Haus Jegoroff, Telephon **1713.**

Buchhandlung **K. L. Ricker** in St. Petersbg., Newsky Prosp. № 14, empfiehlt sich zur Annahme von Abonnements auf

das neu erscheinende Journal:

JANUS

ARCHIVES INTERNATIONALES POUR L'HISTOIRE DE LA MEDECINE ET LA GEOGRAPHIE MÉDICALE

paraissant tous les deux mois.

Directeur:	Administrateur:
Dr. H. F. A. PEYPERS	A. GAUTHEY.

Prix de l'abonnement à St. Pétersbourg 12 Roubles, à l'Intérieur 13 »

Premiere Année

LIVRAISON TROISIÈME

NOVEMBRE—DECEMBRE 1896.

SOMMAIRE

Nicaise. — Surgeon-General Dr. Geo M. Sternberg, The history and geographical distribution of yellow fever. — Dr. Bèugnies, Ablutions et bains chez les semites. — Dr. James Finlayson, Dr. Robert Houston, of Glasgow, the first ovariotomist. — Prof. Th. Husemann, Zur Vorgeschichte des Lanolins. — Dr. Gordon, Norrie, Oculists in ancient times especially in Scandinavia. — Dr. Franz Spaet, der gegenwärtige Stand der Hippokratesfrage und des Corpus Hippocraticum von Standpunkt der Menon-Aristotelischen Ueberlieferung. — Dr. H. F. A. Peypers, Un pseudo-précurseur de Pasteur au XVIII siècle. — Revue bibliographique. — Varia. — Nécrologie.

QUATRIÈME LIVRAISON

JANVIER—FEVRIER 1897.

SOMMAIRE

B. Beber, L'habit des médecins pendant la peste. — Dr. A. Laveran, Géographie médicale du paludisme. — Prof. Dr. Th. Husemann, Zur Vorgeschichte des Lanolins. — Dr. Andrew Davidson, Results of Haffkine's anticholera inoculations in India. — Dr. Bernard Schuchardt, Thsmas Dover, der Vater des Pulvis Doveri und der Auffinder Selkirk's, eines der Urbilder von Robinson Crusoe. — Dr. Dorveaux, Consultation médicale, donnée en 1748, à un français habitant les Indes orientales. — Dr. Franz Spaet, Der gegenwärtige Stand der Hippokratesfrage. — Andrew Davidson, Pathology of themascarene islands. — Revue bibliographique. — Varia. — Nécrologie.

Buchhandlung von **K. L. Ricker**, St. Petersburg, Newsky Prosp. № 14.

Tschudnowsky

Massregeln zum

Schutz gegen die Pest

Preis 25 Kop., per Post 36 Kop.

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf auch f. Nichtkurgebr. Pr. gr. u. fr.

• SOURCES DE L'ÉTAT •
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
VICHY
Avoir soin de désigner la Source

Velociped

(Seidel & Naumann) gut erhalten, vorzüglich für einen schwereren Fahrer **wird billig verkauft. Мѣщанская 22, кв. 7.**

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Гуринъ, Е., Современныя задачи и рецепты лѣченія бубонной чумы. 1897, Rbl. 0.20.

Муратовъ, А. А., Очерки клиническихъ наблюденій надъ внѣматочной беременностью. Съ 64 рис. 1896, Rbl. 2.00.

Охоровичъ, Ю., Магнетизмъ и гипнотизмъ. 1896. Rbl. 0.60.

Шеффъ, Ю., Руководство къ лѣченію зубныхъ болѣзней. Томъ I-й, вып. 3-й. Цѣна за полное сочин. (3 тома) Rbl. 24.00.

Bérard, L., Thérapeutique chirurgicale du goitre. Avec 8 fig. et 5 planches. 1897, Rbl. 2.70.

Baer, E. v., Lebensgeschichte Cuvier's. 1897, Rbl. 1 65.

Bourges, H., L'hygiène du syphilitique. 1897, Rbl. 1.80.

Congrès de chirurgie (X-me). Paris, 1896. Avec 89 fig. 1896, Rbl. 9.00.

Doyen et Roussel, Atlas de Microbiologie. Tome I. Avec 541 fig. 1897, Rbl. 13.50.

Grube, K., Allgemeine und specielle Balneotherapie mit Berücksichtigung der Climatotherapie. 1897, Rbl. 3.85.

Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie. Heft I. 1897, Rbl. 2 50.

Proust et **Mathieu,** L'hygiène de l'obèse. 1897. Rbl. 1 80.

Rénon, L., Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme. Avec 11 fig. 1897, Rbl. 2 70.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominaire. 1897, Nr. 1. Avec 21 fig. et 3 planches. Цѣна за годъ (6 тетрадей) Rbl. 15.40, съ перес. иногородн. Rbl. 16.00.

Richet, Ch., Dictionaire de physiologie. Tome II-e, fasc. 9-e. 1897, Rbl. 3.85.

Schrenck-Notzing, Ueber Suggestion und Erinnerungsfälschung im Berchtold-Process. 1897, Rbl. 1.65.

Olshausen, R., Ueber Marion Sims und seine Verdienste um die Chirurgie. 1897, Rbl. 0.45.

Vogt, O., Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewusstseinzuständen. 1897, Rbl. 1.10.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Дозв. ценз. Спб. 22 Марта 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, (10. April) 29. März **1897**

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur *noch bis* zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind *einzureichen* unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Zur mechanisch-gymnastischen Behandlung der chronischen Kreislaufsstörungen.

Von

Medicinalrath Dr. Groedel in Bad Nauheim.

Schon vor mehreren Jahren habe ich in dieser Zeitschrift[1]) in Kürze über die physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten berichtet.

Die im September vergangenen Jahres in dem Verein St. Petersburger Aerzte stattgefundene Discussion über dieses Thema veranlasst mich, noch einmal in eingehenderer Weise und mit besonderer Berücksichtigung meiner seitdem gemachten Erfahrungen im medico-mechanischen Zander-Institute[2]) diesen Gegenstand zu besprechen.

Wenn wir einen Patienten mit Kreislaufsstörungen zur Behandlung bekommen, so haben wir uns stets zu fragen, müssen wir hier solche Massregeln ergreifen, welche eine Schonung des Herzens bedeuten, oder sollen wir mehr auf eine Anregung des Herzens zu energischerer Arbeit hinwirken. Beides ist, je nach den vorliegenden Umständen, geeignet, eine Erstarkung des Herzmuskels herbeizuführen und die Störung im Blutkreislaufe zu beheben.

Bei den schwersten Schädigungen der Circulationsorgane hat die Therapie ihr Augenmerk in erster Linie auf die Herzschonung zu richten.

Wenn das Herz eine, gegen die Regel verminderte Arbeit zu leisten hat, so ist ihm damit nach Analogie anderer überarbeiteter, ermüdeter Muskeln, die Möglichkeit gegeben, sich zu erholen und zu kräftigen. Noch mehr ist dies der Fall, wenn wir gleichzeitig durch gewisse therapeutische Eingriffe ihm die Arbeit zu erleichtern vermögen. In anderen Fällen dürfen wir schon abwechselnd mit Perioden der Herzschonung das Herz zeitweilig zu etwas kraftvollerer Action anregen, um den Tonus seiner contractilen Elemente zu erhöhen. Ist man dabei nicht sehr vorsichtig und zurückhaltend, so läuft man natürlich Gefahr, durch Ueberanstrengung nur eine neue, erhöhte Schwächung des Herzmuskels, anstatt einer Stärkung, herbeizuführen. Wenn das Herz bei mässiger Anstrengung in genügender Weise seiner Aufgabe nachkommen kann und nur bei erhöhten Ansprüchen versagt, so soll die Herzübung bei der Behandlung in den Vordergrund treten. Aber auch dann soll zwischendurch der Herzschonung Rechnung getragen werden.

Von den eben charakterisirten Gesichtspunkten aus müssen wir bei einer Besprechung der physikalisch-mechanischen Behandlung der Kreislaufsstörungen zunächst untersuchen, was dabei «Herz entlastend» und was mehr «Herz anregend» wirkt. Die Beantwortung dieser Fragen ist wichtig für die richtige Indicationsstellung und Auswahl der verschiedenen Methoden, nämlich der Massage und passiven Gymnastik, der manuellen (Schottschen) Widerstandsgymnastik, der maschinellen (Zanderschen) und der Oertelschen Terrainkur.

Wenn wir die Arbeiten von Zander — Stockholm (1872) und die späteren von August Schott und Oertel durchgehen, so finden wir hier schon stets einzelne Momente hervorgehoben, welche die Herz-Arbeit

[1]) Bad Nauheim und die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. 1893, Nr. 16.

[2]) Erst seit 4 Jahren ist in Nauheim ein vorzüglich eingerichtetes und sehr gut geleitetes Zander-Institut im Betrieb. Jeder Arzt überwacht daselbst seine Patienten selbst.

erleichtern, andere welche sie steigern und zu energischeren und häufigeren Contractionen Anlass geben.

Als erleichternd für die Herzarbeit muss vor allen Dingen der beschleunigte und ausgiebigere Abfluss des venösen Blutes aus Capillarbezirken und peripheren Venen angesehen werden.

Dies wird erreicht durch äusseren Druck auf die Weichtheile, wie er bei den verschiedenen, unter dem Namen «Massage» zusammengefassten Manipulationen ausgeübt wird, also durch Knetungen, Hackungen, Walkungen und centripetale Streichungen.

Bei gewissen passiven Bewegungen, namentlich den sog. Rollungen der Gelenke, werden die Venen abwechselnd gestreckt und comprimirt, wodurch in regelmässigem Turnus ihre Capacität zu- und abnimmt, und so alternirend stärkere Füllung und Entleerung einander folgen. Hierdurch und mit Hilfe der Klappenvorrichtungen an den grossen Venen wird das Blut wie durch eine Druck- und Saugpumpe von der Peripherie weg zum Herzen hin befördert. Unterstützt wird diese Wirkung noch durch die wechselnde Anspannung und Erschlaffung verschiedener Muskelgruppen und ihrer Fascien. Die schwedische Heilgymnastik giebt eine ganze Auswahl solcher Bewegungen an, für welche in den medico-mechanischen Instituten bestimmte Maschinen vorhanden sind, welche Prof. Zander unter sorgfältigster Berücksichtigung aller einschlagenden anatomischen und physiologischen Verhältnisse construirt hat.

Die eben berührten günstigen Umstände kommen auch der Widerstandsgymnastik, sowohl der manuellen, wie der maschinellen, zu. Doch wirken die dabei üblichen Bewegungen nicht in so ausgesuchter Weise, als die für den speciellen Zweck besonders geeignet gefundenen passiven Bewegungen. Dasselbe gilt von der Geh- und besonders von der Steigbewegung. Dagegen kommt bei allen activen Bewegungen die directe Auspressung venösen Blutes durch die Muskelcontraction noch in Betracht.

Bekannt ist der Einfluss der Respiration auf die Blutbewegung. Vertieftes Inspirium beschleunigt den Blutabfluss aus den grossen Venen, wie überhaupt vertiefte Athmung die Herzarbeit wesentlich unterstützt und fördert. Dies kann durch Lungengymnastik bezweckt werden: freiwillige Tiefathmungen, welche durch bestimmte Bewegungen zwecks intensiverer Weitung und Verengerung des Brustraumes unterstützt werden können. Sie ist von hervorragender Bedeutung, bei der Zander-Gymnastik und bei der Terrainkur.

Entlastend, i. e. die Anforderung an die Arbeitsleistung des Herzens mässigend, wirkt ferner eine Herabsetzung des peripheren Widerstandes durch Verminderung der activen Wandspannung der kleinsten Arterien.

Es ist ein bekannter Satz: Ubi irritatio, ibi affluxus. Ein vermehrter Zufluss von Blut zu einem Körpertheil ist aber nur denkbar, wenn die zuführenden Gefässe sich erweitern. Thatsächlich ist dies bei Muskelbewegung, welche ja gewissermassen auch eine irritatio in sich schliesst, der Fall. Die zuführenden und die intramusculären Arterien des bewegten Muskels erweitern sich. Die Erweiterung der Gefässe in einem beschränkten Bezirke würde aber nur in geringem Masse herzentlastend wirken. Aber sowohl für die Steigbewegung (Terrainkur), als auch für maschinelle und manuelle Gymnastik liegen Versuche vor, welche zeigen, dass die peripheren Arterien überhaupt, also nicht nur in den bewegten Theilen, durch Muskelanstrengung reflectorisch entspannt werden. Die hierauf beruhende Erleichterung der Herzarbeit käme sonach allen activen, resp. Widerstandsbewegungen zu.

Intensivere Herzarbeit wird durch die verschiedenen Arten der mechanisch-gymnastischen Behandlung in mehr oder weniger hohem Grade dadurch bedingt, dass der reichlichere Zufluss von Blut zum Herzen gesteigerte Anforderungen an seine Leistungen mit sich bringt. Doch ist diese Herzbelastung verschwindend gegenüber der, sie bedingenden, gleichzeitigen Entlastung. Und doch kann sie unter Umständen schon zu viel sein für ein insufficientes Herz, so dass wir von jeder derartigen Behandlung, selbst der leichtesten Massage, Abstand nehmen müssen.

Weit höhere Arbeits-Ansprüche, als durch die eben erwähnten Verhältnisse, werden aber an den Herzmuskel gestellt durch den directen motorischen Impuls, welchen jede active Bewegung auslöst, namentlich wenn sie mit einer gewissen Anstrengung vollführt wird. Solches ist also der Fall bei der Widerstandsgymnastik und bei der Terrainkur. Man kann sehr wohl bei jeder dieser Behandlungsarten die Anforderungen an das Herz abstufen. Am wenigsten Herz anstrengend kann jedenfalls die manuelle schwedische Widerstandsgymnastik in der vom verstorbenen A. Schott modificirten Form ausgeführt werden. In milder Weise angewandt nähert sie sich in ihrer Wirkung sehr der passiven Gymnastik und wirkt vorzugsweise Herz entlastend. Am energischsten wirkt das Bergsteigen. Zwischen beiden Methoden liegen die Widerstandsbewegungen der Zander-Gymnastik. Wenn man letztere aber als Ganzes betrachtet, also einschliesslich der Apparate für passive Gymnastik, Massage etc., so bietet sie die meisten Abstufungen, bis zu den mildesten Proceduren und gestattet die genaueste Dosirung.

Ein grosser Vorzug der maschinellen und manuellen Widerstandsgymnastik gegenüber der Steigkur liegt darin, dass man bei jenen zwischen den einzelnen Uebungen dem Herzen wieder Zeit lässt zum Ausruhen, zur Erholung, was bei der Terrainkur nicht vollständig geschieht, wenn man auch das Gehen durch öftere und längere Ruhepausen unterbricht. Wir sind also bei der Widerstandsgymnastik in viel vollkommenerer Weise im Stande, einen regelmässigen Wechsel zwischen Herz-Arbeit und Herz-Schonung eintreten zu lassen, was von der grössten Wichtigkeit ist.

Die von Oertel zuerst geäusserte Ansicht, dass beim Steigen, resp. bei Muskelarbeit die Entspannung der Arterienwände mit gleichzeitig erhöhtem Blutdrucke zusammenfalle, hat auch Hasebrock, Arzt am medico-mechanischen Institute zu Hamburg, für die maschinelle Widerstandsgymnastik gefunden[3]). Er constatirte folgende, mit meinen Beobachtungen und denjenigen anderer bei der manuellen Gymnastik in der Hauptsache übereinstimmenden Verhältnisse: Während der Uebungen nimmt der Blutdruck in der Radialis zu, die active Wandspannung der Arterie ab. Letzteres wird auffälliger, wenn mit den Uebungen Tief-Inspirationen verbunden werden. Dies lässt sich nur durch Annahme einer mit erhöhter Energie vollführten Herzaction erklären, einer gesteigerten Propulsivkraft des Herzens, welche nicht durch Vermehrung der Stromhindernisse, sondern direct durch einen, von den angestrengten Muskeln ausgehenden, motorischen Impuls verursacht ist. Diese erhöhte Arbeitsleistung kann das Herz aber nur dadurch ausführen, ohne sehr bald zu ermüden, dass es die Bahnen für die reichlicher beförderte Blutmenge offen findet und nur so kommt das Plus der Herzarbeit dem Blutumlauf selbst zu gute.

Nach den Uebungen dauert die Entspannung der Gefässwände noch einige Zeit, etwa 10—15 Minuten, fort, — länger, wenn Tief-Inspirationen während der Gymnastik gemacht worden waren. Die Steigerung des Blutdruckes ist wenige Minuten nach den Uebungen noch vorhanden, macht aber dann einer Abnahme Platz, um hierauf wieder allmählich annähernd die Höhe, wie vor der Uebung, zu erreichen. Es folgt also der erhöhten

[3]) Ueber die gymnastische Widerstandsbewegung in der Therapie der Herzkrankheiten. Leipzig 1895.

Arbeit des Herzens eine verminderte unter besonders günstigen Umständen.

Bei der Widerstandsgymnastik finden wir also, wie Hasebrock nach seinen Versuchen mit Recht betont und wie ich vorhin schon erwähnt habe, ein richtiges Verhältniss zwischen Arbeitszeit und Erholungszeit des Herzens. Beim Bergsteigen ist dies nicht in gleich vollkommener Weise der Fall. Oertel fand nach dem Steigen noch längere Zeit hindurch erhöhten Blutdruck, bevor die Drucksenkung eintrat, was wohl nur als Folge eines ununterbrochen lange fortgesetzten Stimulirens des Herzens durch Muskel-Anstrengungen aufzufassen ist.

Ich weiss recht wohl, dass sich mancherlei gegen die hier mitgetheilten Versuchsergebnisse, resp. ihre Auslegung, vorbringen lässt. Sind doch selbst die Deutungen der sphygmographischen Bilder, auf welche wir uns dabei zum Theil berufen, nicht ganz einwandsfrei. Aber die gefundenen Resultate haben doch so vieles für sich und scheinen mit so grosser Wahrscheinlichkeit in der Hauptsache richtig zu sein, dass wir uns, so lange nichts Gegentheiliges gefunden ist, darauf stützen dürfen.

Bevor ich nun von dieser Grundlage aus die Verwendbarkeit der verschiedenen Methoden der Mechanotherapie bespreche, will ich erst noch etwas bei einem viel discutirten Gegenstande verweilen, nämlich der Frage nach der Möglichkeit, durch Gymnastik eine Herzdilatation zurückzubringen.

Von verschiedener Seite wird behauptet, dass sowohl durch ein einzelnes Nauheimer Bad, als auch durch eine einmalige Anwendung der manuellen (Schottschen) Gymnastik eine Verkleinerung der Herzdämpfung um ganz beträchtliche Masse, mehrere Centimeter im Längs- und Querdurchmesser, häufig zu beobachten sei. Wenn ich auch in der Theorie die Möglichkeit des Zurückgehens einer Stauungsdilatation durch Bad und Gymnastik, schon nach einmaligem Gebrauch, zugebe, so muss ich doch auf Grund zweiundzwanzigjähriger Erfahrung mit Bädern, und fünfzehnjähriger mit Gymnastik[*]) folgendes sagen: Abnahme einer Herzdilatation, resp. Kleinerwerden einer Herzdämpfung habe ich in unmittelbarem Anschluss an Gymnastik zwar öfter gesehen, als nach einem Bade. Doch muss ich gestehen, dass ich, was die Häufigkeit und Grösse der Abnahme bei beiden Behandlungsarten betrifft, nicht mit anderen übereinstimmen kann. Trotz vieler Untersuchungen ist es mir nur ausnahmsweise gelungen, als directe Folge einer gymnastischen Sitzung eine Abnahme der Herzdämpfung deutlich und zweifellos nachzuweisen. Zuntz (Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin, am 11. Jan. 97) ist es nicht gelungen, mit Hilfe der Röntgen-Photographie eine Verschiebung der Herzgrenze nach Muskelthätigkeit zu constatiren. Von Leyden (ebendaselbst) konnte sich bei den in seiner Klinik von Heinemann-New-York angestellten Versuchen mit Gymnastik von einer nachweisbaren Verkleinerung des linken Ventrikels nicht überzeugen. Ich stimme ganz mit v. Leyden überein, wenn er gleichzeitig sagt, dass der Nachweis einer Verkleinerung des Herzens überhaupt sehr schwer zu führen und sehr trügerisch sei.

Ich will hier nicht auf alle Möglichkeiten, welche zu einer Täuschung führen können, eingehen. Auch bei der Röntgen-Beleuchtung, von der man am sichersten Aufschluss erwarten kann, sind Irrthümer nicht ausgeschlossen. Bis jetzt sind übrigens die betr. Bilder noch zu verschwommen, um damit zahlenmässig etwas beweisen zu können.

Wenn ich nun auch in Bezug auf den nachweisbaren Effect einer einmaligen Anwendung der Widerstandsgymnastik von anderen, namentlich von Theodor Schott und einigen englischen Beobachtern, abweiche, so muss ich dagegen betonen, dass ich öfter im Verlaufe einer längeren Behandlung mit Gymnastik, für sich allein oder in Verbindung mit einer Badekur, eine entschiedene und dauernde Verkleinerung der Herzdämpfung, gegenüber der zu Beginn der Kur gefundenen, percutorisch nachweisen konnte. Aber im Verhältniss zur Gesammtzahl unserer Patienten sind auch diese Fälle nicht sehr zahlreich. Selbst bei solchen, welche ganz auffallende Besserung der Kreislaufsstörung zeigen, ist oft nicht die geringste Verkleinerung der Herzdämpfung zu finden. Allerdings könnte trotzdem Abnahme einer Dilatation eingetreten sein, denn es wäre ja immerhin denkbar, dass eine Dilatation innerhalb gewisser Grenzen sich verringere, ohne dass es in der Dämpfungsfigur zur Erscheinung käme.

Ich komme nun zu der Verwendbarkeit, resp. den Indicationen der verschiedenen mechanischen Behandlungsweisen

Es ist klar, dass bei hochgradig degenerirtem, an sich schwachen und insufficientem Herzmuskel mildere Proceduren angezeigt sind, als bei einem an sich intacten Herzmuskel, der nur in Folge gesteigerter Widerstände und Hindernisse für die Fortbewegung des Blutes, also gesteigerten Arbeits-Ansprüchen gegenüber, seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen ist.

Am wenigsten angreifend ist eine milde, nicht zu lange dauernde allgemeine Massage in Verbindung mit passiven Bewegungen, und zuweilen auch mit einigen leichten Widerstandsbewegungen. Selbst bei recht schweren Fällen von Herzinsufficienz wird diese Behandlungsart meist vertragen. Dass man bei den hier in Betracht kommenden Kranken nicht von Maschinen Gebrauch macht, ist schon der damit verbundenen Umstände halber selbstverständlich. Dies ist eben ein Hauptnachtheil der maschinellen Gymnastik gegenüber der manuellen; ausserdem kann man sie auch nicht überall haben.

Die nächste Stufe — Patienten mit einem sehr geringen Grad von Reservekraft und sehr leicht eintretender Dyspnoe — ist diejenige, bei welcher die manuelle Gymnastik nach August Schott die überwiegende Rolle spielt, und zwar die weniger anstrengenden Uebungen mit geringem Widerstande. Es sind dies Fälle, bei welchen die Steigerung der Herzarbeit nur von kurzer Dauer und Intensität sein darf, und bei welchen nach jeder Uebung eine, nicht zu kurz bemessene Ruhezeit folgen muss. Für diese Patienten werden auch die Zander-Maschinen für passive Bewegungen, Walkungen, Vibrationen empfohlen. Doch ziehe ich eine milde manuelle Widerstandsgymnastik vor.

Als dritte Stufe bezeichne ich Patienten, welche schon einen etwas höheren Grad von Reservekraft des Herzens besitzen, so dass sie z. B. auf ebenen Wegen längere Zeit anhaltend ohne Athembeschwerden gehen können, aber doch noch bei mässigem Steigen oder einigermassen anstrengenderen Bewegungen kurzathmig sind. Hier ist die manuelle Gymnastik nach A. Schott in intensiverer, — natürlich vorsichtig in ihrer Wirkung beobachteter — Weise angezeigt. Aber dann vermag das Zander-Institut mit seinen Apparaten dasselbe zu leisten. Man lässt dort am besten erst einige passive Bewegungen oder Walkungen etc. machen, um zunächst durch Steigerung der peripheren Circulation das Herz zu entlasten, und dann active, welche nicht zu schwer auszuführen sind. Der Widerstand muss anfangs gering sein und wird allmählich gesteigert. Nach und nach geht man auch

[*]) Um von vornherein jeden Einwand in der Richtung abzuschneiden, als ob ich vielleicht die Gymnastik in anderer Weise ausübe, als in der, jetzt vielfach mit dem Namen «Schottsche Methode» bezeichneten Form, erkläre ich, dass ich seit der ersten Publication Aug. Schotts die manuelle Gymnastik in derselben Weise wie er, zum Theil durch dieselben Gymnasten, angewandt habe.

zu schwereren Uebungen vor. Doch sind eine Anzahl Apparate vorhanden, welche ich äussert selten anwende, weil sie zu anstrengend sind. Sehr darauf achten muss man, dass die Pausen, wie sie Zander vorschreibt, richtig eingehalten werden, um dem Herzen immer wieder Zeit zur Erholung zu gestatten. Ich gebe stets die Vorschrift, abgesehen von jenen Pausen, sofort eine Uebung abzubrechen, wenn sich etwas Herzklopfen oder frequentere Athmung einstellt, und erst, wenn dies völlig vorüber ist, darf zu einer neuen Uebung geschritten werden. Eine strenge Ueberwachung der Patienten ist nöthig, um eventuell einzelne Uebungen zu streichen, andere zuzufügen, die Reihenfolge zu ändern, den Widerstand zu steigern oder herabzusetzen. Aber da im Zander-Institute zu bestimmten Zeiten immer eine Anzahl meiner Patienten vereinigt ist, so finde ich die Controlle durch mich oder meinen Assistenten leichter, als bei der manuellen Gymnastik, welche von den Gymnasten zu den verschiedensten Zeiten und an den verschiedensten Orten ausgeführt wird. Freilich ist bei letzterer keine so strenge Controlle nöthig, da die dafür geschulten Männer und Frauen in der Regel befähigt sind, Puls und Athmung der Patienten zu bobeachten und sich einigermassen danach zu richten. Im Zander-Institute sind die Patienten schon deshalb besonders zu beaufsichtigen, weil sie sehr gerne geneigt sind, über die Vorschriften hinauszugehen. Doch muss man auch bei der manuellen Gymnastik, je nach der Schwere des Falles, sich öfter selbst über den unmittelbaren Effect der Uebungen informiren und namentlich darauf achten, dass die Gymnasten nicht eigenmächtig vorgehen.

Die Behauptung, dass bei der manuellen Gymnastik ein «besseres Individualisiren des Widerstandes» möglich sei, als bei der maschinellen, ist eine unberechtigte. Wenn der Arzt — was ich allerdings für nöthig halte — im Zander-Institute seine Patienten selbst überwacht, so ist er imstande, mindestens ebenso gut «zu individualisiren», als bei der manuellen Gymnastik. Bei den Zander-Apparaten ist der zu überwindende Widerstand ein an einem Hebel angebrachtes Gewicht. Dieses ist längs des Hebels verschiebbar, so dass jeder gewünschte Grad der Belastung, resp. des Widerstandes, von Null bis zu einem bestimmten Maximum hergestellt werden kann. Die Grösse der jeweiligen Belastung ist durch eine Skala an dem Hebel abzulesen. Wir sind also imstande, zahlenmässig den gewünschten, resp. passend gefundenen Widerstand zu fixiren — eine viel exactere und feiner abstufbare Dosirung, als bei der manuellen Gymnastik, bei welcher man sich mit Bezeichnungen, wie «schwacher Widerstand», «mittlerer», «starker», «stärkster Widerstand» behelfen oder die Dosirung dem Gefühle des Gymnasten überlassen muss, was doch, selbst bei dem intelligentesten und bestinstruirten, immerhin etwas recht Unsicheres und Unbestimmtes ist.

Die Zander-Gymnastik unterscheidet sich von der manuellen wesentlich dadurch, dass bei ihr in der Regel jede Bewegung einigemal hintereinander ausgeführt wird, bei der manuellen nur einmal. Es gehört also schon etwas Ausdauer in der erhöhten Leistung des Herzens dazu und deshalb ist bei Patienten der beiden ersten Stufen manuelle Gymnastik im allgemeinen die bessere. Ein Vorzug der Zander-Gymnastik ist die grössere Rücksichtsnahme auf richtige Tief-Athmung.

Ich habe schon über den fördernden Einfluss vertiefter Respiration auf die Circulation oben gesprochen. Wiederholt und ergänzend sei hier bemerkt, dass das Inspirium den venösen Strom beschleunigt, das Exspirium mit zur Füllung des Aortensystems beiträgt, ganz besonders aber die Circulation vom rechten zum linken Herzen durch den Respirationsact unterstüzt wird. In wesentlich höherem Grade ist dies bei systematischer Tief-Athmung der Fall, wofür Zander ganz bestimmte Vorschriften gibt. Meist soll das Exspirium mit dem mehr anstrengenden Momente der Bewegung zusammenfallen; bei denjenigen Uebungen jedoch, bei welchen während des Ueberwindens des Widerstandes der Brustkorb die Inspirationsstellung einnimmt, muss zu dieser Zeit das Inspirium stattfinden; bei manchen Apparaten wird nur auf ruhiges, freies und ausgiebiges Athmen gesehen.

Während die Befolgung dieser Vorschriften bei der maschinellen Gymnastik den Patienten meist nicht die geringste Mühe macht, habe ich ähnliches bei der manuellen Gymnastik vergebens versucht und bin zufrieden, wenn die Patienten dabei überhaupt nur frei athmen, ohne zu pressen. Ich lasse oft als Ersatz am Schluss der manuellen Gymnastik oder wiederholt nach einzelnen Uebungen — ebenso bei der Behandlung mit Massage und passiven Bewegungen — Tief-Inspirationen machen, zuweilen mit Brustweitung durch den Gymnasten, entsprechend einem dafür speciell dienenden Zander-Apparate. Von vielen Patienten werden diese Tiefathmungen ausserordentlich wohlthuend empfunden; manche aber, namentlich schwache, vertragen sie nicht, werden z. B. schwindlig dabei. Sie sollen deshalb nicht zu oft hintereinander gemacht werden, etwa 3—5 mal (nach Zander 5—10 mal).

Ich komme nun, nach diesen Zwischenbemerkungen, zu einer vierten Gruppe von Patienten. Das sind diejenigen, welche schon einen beträchtlichen Grad von Reservekraft aufweisen und nur bei stärkeren Anstrengungen kurzathmig werden oder Herzklopfen bekommen. Bei Klappenfehlern sagen wir: Patienten mit einer für gewöhnliche Verhältnisse ausreichenden Compensation. In diesen Fällen vermag das Zander-Institut zur methodischen Gewöhnung des Herzens an erhöhte, aussergewöhnliche Arbeit, besonders aber zur Erhaltung seiner Leistungsfähigkeit entschieden mehr zu wirken, als die manuelle Gymnastik. Bei diesen Patienten ist auch meist vorsichtige Terrainkur statthaft.

Ich gehe nun noch zu einigen Details über.

Am meisten Erfolg sehen wir von der Gymnastik bei Circulationsstörungen und Herzaffectionen ohne Läsion des Klappenapparates. Von Klappenfehlern bietet die reine Mitral-Insufficienz die besten Chancen bei Behandlung mit Gymnastik. Dass generell eine bestimmte Art von Klappenfehlern auszuschliessen sei, kann ich nicht sagen. Jedoch muss bei Aorten-Insufficienz, sowie bei allen Stenosen mit Compensationsstörung der Widerstand im allgemeinen niedriger bemessen werden, als bei den erstgenannten Affectionen, und bei diesen habe ich es öfter, als bei jenen, für gut gefunden, mich auf die Bäder allein zu beschränken, oder allenfalls Massage und passive Bewegungen gleichzeitig zu verordnen. Auch bei Arteriosclerose begnüge ich mich meist hiermit, wenn ich auch zuweilen günstige Wirkung von einer vorsichtigen Widerstandsgymnastik in leichteren Fällen von Kreislaufsstörungen infolge von Arteriosclerose gesehen habe. Dasselbe gilt auch von denjenigen Patienten, welche Symptome von Angina pectoris zeigen. Besonders rühmen diese Patienten den wohlthuenden Einfluss der Rücken- ja selbst der Brust-Erschütterung mit einem hierfür construirten vortrefflichen Zander-Apparate für Vibration. (Rücken-Erschütterung wirkt fast stets Pulsverlangsamend). Ein Patient von mir hatte einen kleinen Erschütterungs-Apparat, mit welchem er sich die Anfälle von Poststernaldruck mit ausstrahlenden Schmerzen etc. prompt beseitigen konnte. Dagegen habe ich es einmal erlebt, dass ein Patient mit hochgradiger Aorten-Insufficienz, der an heftigen anginösen Beschwerden litt, und dem ich nur auf sein inständiges Bitten einen Versuch im Zander-Institute erlaubte, sofort bei einer leichten Uebung einen Anfall bekam, sodass er zu sei-

nen Nitroglycerintropfen seine Zuflucht nehmen musste. Dies war aber auch der einzige unangenehme Fall, den ich im Zander-Institute während der vier Jahre seines Bestehens erlebt habe. Zander selbst sagt (Nebel, Beiträge zur mechanischen Behandlung, Wiesbaden 1888): «Ich habe in den vielen Jahren, bei täglichem Verkehre einer grösseren Anzahl von oft schweren Herzkranken, niemals einen Unglücksfall in meinem Institute erleben müssen». Auch von anderer Seite höre ich das gleiche. Unter 96 meiner Patienten, welche im vergangenen Jahre im Zander-Institute übten, war bei 76 ein sichtbarer Nutzen der einzelnen Sitzungen und der Gesammt-Behandlung zu constatiren, bei 14 war kein directer Nutzen. aber auch kein Schaden bemerkbar; nur 6 Patienten mussten die Zander-Gymnastik aufgeben, weil sie sich nicht wohl danach fühlten, was auch bei 4 davon durch etwas länger wie sonst anhaltende erhöhte Pulsfrequenz sich objectiv zeigte. Auch bei Anwendung der manuellen Gymnastik erlebt man zuweilen dasselbe. Aber auch bei jeder anderen Behandlungsweise, einschliesslich der medicamentösen, müssen wir das eingeschlagene Verfahren oft verlassen oder ändern.

Wenn von manchen Aerzten in einseitiger Weise nur die eine oder andere Methode angewandt, resp. empfohlen wird, so kann dies nur Folge einer gewissen Voreingenommenheit oder unrichtigen Theoretisirens, nicht aber durch eigene, genügende, practische Erfahrung begründet sein. Einzelne ungünstige Erfolge sind nicht massgebend Bei richtiger Indicationsstellung, vorsichtiger Dosirung und gewissenhafter Ueberwachung wird man, so wie ich, zu der Ueberzeugung gelangen, dass die verschiedenen Methoden ihre Bedeutung haben und sich gegenseitig ergänzen

Alles in Allem wurden von mir im vergangenen Jahre 268 Patienten mit Affectionen der Kreislaufsorgane neben der Badekur gleichzeitig mit Massage oder Gymnastik, maschineller oder manueller, behandelt. Aber bei einer weit grösseren Zahl hielt ich solches entweder nicht für nöthig, oder gar für contraindicirt und beschränkte mich auf die Badekur allein. Nur bei einer kleinen Anzahl Patienten verordnete ich neben der Badekur eine Terrainkur, d. h. Bergsteigen. Denn was das Gehen in der Ebene betrifft, so möchte ich hier wiederholen, was ich in der eingangs citirten Arbeit vor vier Jahren gesagt habe: «wenn es in ruhigem Schritte, mit öfterem Stehenbleiben und gleichmässigem Athmen ausgeführt und dabei das Sprechen vermieden wird, so verträgt es fast jeder Herzkranke, vorausgesetzt, dass man die zurückzulegenden Strecken richtig, dem Leistungsvermögen des Patienten entsprechend, abmisst. Doch giebt es immerhin unter den hierher gesandten Kranken eine Anzahl solcher, bei welchen in der ersten Zeit absolute Schonung und Ruhe, Vermeidung jeder körperlichen Anstrengung — oft sogar Benutzung eines Fahrstuhles — das Richtigste ist». Und mit Bezug auf den letzten Satz möchte ich, als Schluss meiner Abhandlung, den Collegen sehr ans Herz legen, über die in neuerer Zeit in den Vordergrund getretene Uebungstherapie bei Kreislaufsstörungen die ebenso wichtige Schonungstherapie nicht ganz aus dem Auge zu verlieren.

Nachtrag: Meine Arbeit war bereits der Redaction d. Z. übergeben, als die Deutsche medicin. Wochenschr. (in Nummer 14, 1. April) eine kurze Mittheilung von Th Schott brachte, «Ueber Veränderungen am Herzen durch Bad und Gymnastik, nachgewiesen durch Röntgenstrahlen». Die denselben beigelegten Photogramme, die doch wahrscheinlich noch die besten sind, welche Schott und Heineman erzielten, zeigen mir nur, wie richtig meine vorn gemachte Bemerkung in dieser Beziehung ist. Meiner Ansicht nach sind die betreffenden Bilder zu verschwommen, die Conturen nicht scharf genug, um genaue Masse und exacte Diagramme zu ermöglichen, aus welchen sich zuverlässige Schlüsse ziehen liessen.

Referate.

S. Erben: Zur Behandlung der Hemiplegiker. Neurologisches Centralblatt, 1897, Nr. 3.

Ist die Hemiplegie indirectes Heerdsymptom, so geht sie nach wenigen Tagen oder Wochen von selbst zurück. Ist sie directes Heerdsymptom und nach 2—3 Monaten stationär geworden, so ist keine der stereotyp anempfohlenen Behandlungsmethoden, nicht Elektricität, nicht Massage, weder Gymnastik noch Hydrotherapie, im Stande, die gelähmten Muskeln wieder functionsfähig zu machen. Erben beschränkt sich daher darauf, mit Hilfe der nicht gelähmten Muskeln am lahmen Beine den Gang der Hemiplegiker herzustellen resp. zu verbessern. Die centrale Lähmung einer Extremität beschränkt sich nach einiger Zeit immer nur auf einen Theil ihrer Muskeln. Am Beine gestaltet sich dieses Verhältniss folgendermassen: «Gelähmt bleiben die Beuger des Knies und die Dorsalflectoren (Strecker) des Sprunggelenkes, es schwindet die Lähmung vollkommen oder zum Theil in den Streckern des Knies. Plantarflectoren des Sprunggelenkes und in den Beugern des Oberschenkels (Ileopsoas).» Die nothwendige Verkürzung des Beines, um dieses vom Boden abzuheben und nach vorne durchzupendeln, können solche Kranke nicht leisten. Daher lässt Erben sie mit dem gelähmten Beine voranschreiten, dieses gleichsam wie eine durch den Quadriceps festgestellte Stelze mittelst des Ileopsoas voranschleudern, das gesunde Bein dagegen nachpendeln, aber gar nicht oder nur ein wenig vor das kranke setzen. — Sind die Beugung im Hüftgelenke oder die Streckung im Knie kraftlos und mangelhaft. so unterbleiben zunächst die Gehversuche. Man lässt den Quadriceps, die Adductoren den Ileopsoas durch thermische Eingriffe, elektrische Proceduren, heilgymnastische Uebungen an Kraft gewinnen und macht dann Vorübungen im Sinne obiger Gelenkbewegungen. Erlangt der Quadriceps nicht die nöthige Kraft, um die Körperlast zu tragen, so wird der Gebrauch eines Stockes bei den Gehübungen nothwendig. — Ist im Kniegelenk noch ein Rest von activer Beugungsfähigkeit vorhanden, so ist der Patient nur zu unterweisen, dass er bei jedem Schritte stärker im Knie beugt. Nach kurzer Zeit wird sich sein Gang wenig vom normalen unterscheiden. Das Hängenbleiben mit der Fussspitze wird dadurch völlig vermieden. Erben beginnt 3 Wochen nach dem Insult, falls kein Symptom cerebraler Reizung seit einer Woche mehr bemerkbar, mit den gymnastischen Vorübungen. — Gegen den bei den Gehübungen öfters hindernd auftretenden Schwindel hat er mit Vortheil 1—2 Mal täglich eine Stunde lang heisse Umschläge auf den Kopf angewandt.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

К. П. Серапинъ. О леченіи хирургическихъ формъ зоба препаратами щитовидной железы. Петербургъ 1896.

Nach einer eingehenden Besprechung der betreffenden Literatur, geht Verf. zu seinen eigenen Beobachtungen über die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes über. Diese betreffen 31 Patienten, die theils mit Thyreoidinum siccatum Poehl, theils mit rohen Kalbsschilddrüsen, theils mit Thyrojodinum Bauer behandelt wurden. Das beste von diesen Präparaten sei das Thyrojodin, dessen Herstellung in jedem gut eingerichteten Laboratorium ohne Schwierigkeiten gelingt. Der Gebrauch der rohen Schilddrüsen ist sehr unzweckmässig und sollen im Nothfalle durch das Trockenpräparat derselben ersetzt werden. Beeinflusst von der Behandlung wird nur die Struma parenchymatosa; die secundären Veränderungen des Kropfes: die kolloide, fibröse und cystische Degeneration desselben bleiben unbeeinflusst. Die besten Resultate erhielt Verf. bei jungen Personen, bei denen der Kropf nur kurze Zeit bestand. Solche Fälle bildeten die 7% vollständiger Heilung, welche Verf. beobachtet hat. In 30% blieben vom Kropf nur geringe Spuren, in 33% waren die Resultate mässig und in 30% — negativ. Das Maximum der Verkleinerung des Kropfes wird, je nach dem angewandten Präparate, schon in 2, 3 oder 4 Wochen erreicht, der erreichte Effect muss aber von Zeit zu Zeit durch kleine Dosen wieder unterstützt werden. Die interessante Schrift sei allen unseren Lesern warm empfohlen.

A. Sacher.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden

29.—31. August 1896.

Dritte Sitzung.

30. August 1896. Vormittags 10 Uhr.

1. Dr. P. Bergengrün referirt über einen Fall von fast totalem diaphragmatischen Verschluss des Kehlkopfes bei einer 50-jährigen Frau, welche 15 Jahre hindurch nur durch eine, in dem Diaphragma befindliche, kaum stecknadelkopfgrosse Oeffnung — unter lautem Stridor — hatte athmen können. Vortragender hat die sehr feste, fibröse Membran gespalten und durch Einführung von Schrötter'schen Tuben in 2, durch eine Woche von einander getrennten Sitzungen bis auf einen minimalen Wulst unter der Commissura anterior zum Schwinden gebracht. Die sehr elende, hinfällige Kranke erholte sich sofort nach der Beseitigung des Hindernisses und ist jetzt eine blühende, gesunde Frau. — Demonstration von Aquarellskizzen, welche den Larynx im Anfange und nach Schluss der Behandlung zeigen.

Eine ausführliche Beschreibung des Falles ist erschienen im Archiv für Laryngologie von B. Fränkel 1896, Band 4, S. 107.

2. Docent Dr. Zoege v. Manteuffel: **«Demonstration eines Skeletts, welches die Erscheinungen der Myositis ossificans aufweist».**

Der Kranke dessen Skelett ich Ihnen demonstrire starb vor einem Jahr im Alter von 16 Jahren an Peritonitis und Decubitus. Er war angeblich seit ca. 5 Jahren krank und soll als Kind gesund gewesen sein.

Sie sehen am macerirten Skelett sehr deutlich, dass der Fall sich den 24 anderweitig beobachteten Fällen direct anreiht. Sie sehen dieselben scheinbaren Exostosen am Rücken, welcher in ein ganzes Gebirge verwandelt erscheint, dieselbe Fixation der Glieder durch eine knöcherne Ueberbrückung der Gelenke und den scheinbaren Defect des einen Gliedes der grossen Zehe. Nach dem Befunde am Lebenden war es auch in diesem Fall nicht zu constatiren von wo aus die Knochenbildung ihren Ausgangspunkt nahm, ob dieselbe vom Skelette ausging oder in der Musculatur ihren Ursprung hatte. Ja man hatte durchaus den Eindruck als ob diese Knochenbildungen vom Knochen selbst ausgingen. Gerade die hochgradigsten Veränderungen schienen mit dem Knochen in so inniger Verbindung zu stehen, dass sie als wirkliche Exostosen imponirten. Besseren Aufschluss über die Provenienz dieser Knochenbildungen gab schon das Muskelpräparat und am unzweideutigsten das macerirte Skelett. An demselben ist deutlich zu sehen wie die, den Muskeln ihrem Verlauf nach folgenden Knochenplatten, in blos secundärer Verbindung mit dem Knochen stehen und nicht selten die Form gelenkähnlicher Bildungen annehmen. Es konnte ferner festgestellt werden, dass in der Bauchmusculatur fast ganz freie Knochenplättchen sassen, die nur in secundäre Beziehung mit dem Knochensystem traten.

Was den Defect der Endphalange betrifft, so ist dieses nur ein scheinbarer Mangel, da die Endphalangen verwachsen sind. Ob diese Erkrankung auf congenitale Ursachen zurückzuführen ist, oder ob es sich möglicherweise um ein acquirirtes Leiden handelt, muss unentschieden bleiben.

Discussion.

a) Dr. Behr. Da Eichhorst (cf. Virchows Archiv Bd. CXXXIX) Beziehungen zwischen der Myositis ossificans und Rückenmarkserkrankungen gefunden hat, so frage ich den Herrn Vortragenden ob er das Rückenmark des Kranken untersucht hat?

b) Doc. Dr. Zoege v. Manteuffel. Das Rückenmark ist nicht untersucht worden.

3. Im Auftrage des Herrn Dr. med. Otto Thilo in Riga legt Herr Dr. Dahlfeld einige Apparate vor, die von Dr. T. ersonnen und in der Werkstätte seiner Anstalt angefertigt wurden.

I. Ein Corsett aus Draht, Tricot, Leinwand und Wiener Kleister.

Auf ein Gipsmodell wird ein schlauchartiges Stück Tricot geklebt. Hierauf folgt eine Schicht von Drahteinlagen und auf diese wiederum Tricot und Wiener Kleister. Nachdem dieses Corsett einige Tage getrocknet hat, wird es mit einer Lösung von Schellack in concentrirtem Alkohol überzogen, sowohl an der Innenseite als an der Aussenseite. Ein Futter wird nicht in das Corsett geklebt. Daher ist das Corsett mit einer Bürste und Seife waschbar.

Vor dem Anlegen des Corsetts ziehen die Patienten einen möglichst engen Tricotschlauch an.

Das Corsett wird vorn mit Haken geschnürt.

Aehnliche Corsette verfertigt Dr. T. aus Tricot, Marlybinden, Draht und Wasserglas. Näheres über diese Technik siehe Archiv f. Klin. Chirurgie 1895. Bd. XLIX, Heft 4.

II. Apparate für Fingergymnastik.

Diese Vorrichtungen und ihre Gebrauchsweise sind veröffentlicht in der Petersburger medic. Wochenschrift 1895, Nr. 33, in der Deutsch. med. Wochenschr. 1895, Nr. 16, in der Musikpädagog. Zeitschrift «Der Clavierlehrer» von E. Breslaur. Berlin 1896.

Alle diese Apparate sind käuflich zu haben in Riga bei Christian Seelig, in Petersburg bei Constantin Malm, Grosse Morskaja.

4. Herr Dr. Kiwull — Wenden demonstrirt **«Eine Patientin mit einer Hautaffection, die am meisten in das Bild des lichen ruber planus hineingehört».**

Die Kranke ist 35 Jahre alt und leidet seit 9 Jahren an diesem Ausschlag. Die Krankheit begann mit Jucken und Abschuppung der Haut. Anfangs war das Abdomen ergriffen, schliesslich der ganze Körper. Seit 3 Jahren fallen die Haare aus. Die genaue Besichtigung ergiebt ausgedehnte Atrophien der Haut, welche abschuppen und mehrere dunkelroth gefärbte, stark juckende Knötchen, welche besonders am Rücken und an beiden Unterschenkeln sitzen. Sehr auffallend ist die Atrophie der Genickhaut und die Alopecia. An einigen Stellen finden sich graue Lanugohaare. An den Organen ist nichts abnormes nachzuweisen. Der Urin enthält weder Alb. noch Zucker. Die chemische Untersuchung der Hautschuppen im pharmac. Institut der Universität ergab Hippursäure, eine Beobachtung die auch von Levin bei Lichen ruber acuminatus gemacht wurde.

Was die Diagnose betrifft, so könne Lues, Eczem, Pityriasis unbedingt ausgeschlossen werden. Gegen Pityriasis rubra sprechen die Knötchen. Möglich wäre eine Combination des Lichen ruber planus und acuminatus, doch müsste man alsdann annehmen, dass der Lichen acuminatus schon sehr weit vorgeschritten wäre, so dass aus diesem Grunde keine typischen Efflorescenzen sich vorfinden.

Discussion.

a) Prof. Petersen — St. Petersburg. Der höchst interessante Fall, welchen Herr Dr. Kiwull soeben vorstellte, bietet in diagnostischer Beziehung schon aus dem Grunde Schwierigkeiten, weil das Krankheitsbild sich unter dem Einflusse der Behandlung verändert hat. Es scheint zweifellos, dass es sich um einen Lichen ruber planus handelt, anderseits aber sprechen mehrfache Gründe dafür, dass eine Mischform vorliegt. Für die letztere Auffassung wäre die bedeutende Alopecia zu verwerthen, die ich in solchem Grade im Verlaufe des Lichen ruber planus nie gesehen habe. Auf dem jüngsten Dermatologen-Congresse in London hatte ich Gelegenheit 20 Fälle von Lichen ruber planus zu sehen, denen aber die Alopecia fehlte. Die narbenähnlichen Atrophien gehören gleichfalls nicht zum Bilde des Lichen ruber planus. Ich glaube in diesem Falle, dass eine Allgemeinerkrankung des Nervensystemes (Rückenmark) die Trockenheit und Secretionsveränderung, resp. die Schuppung bewirkt hat. In Betreff der Differentialdiagnose möchte ich hervorheben, dass es sich weder um einen Lichen ruber acuminatus handelt, da alle Symptome desselben fehlen, (das Gefühl der Rauhigkeit beim Bestreichen) noch um ein papulöses Syphilid noch um die Pithyriasis rubra.

5. Herr Dr. Engelmann hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ein Fall von Sclerodermie» (nebst Demonstration.)** (Erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion.

a) Dr. Truhart. Ich frage den Herrn Vortragenden ob er in diesem Falle Beobachtungen über die Transpiration angestellt hat?

b) Dr. Engelmann. Die Talgsecretion scheint wohl vermindert, die Schweisssecretion muss, nach Aussagen der Mutter, als herabgesetzt bezeichnet werden. Die Angaben in der Literatur über diese Erscheinungen widersprechen sich. Im Allgemeinen wird eine Herabsetzung der Talg- und Schweisssecretion angenommen.

6. Herr Dr. Böttcher hält seinen angekündigten Vortrag: **«Zur Therapie des Eczems».**

Die unerlässlichen Grundbedingungen einer jeden erfolgreichen Eczembehandlung bilden einmal die genaue Bekanntschaft des behandelnden Arztes mit den einzelnen Stadien des klinischen Bildes, wie es das Eczem hervorruft, zweitens die sorgfältige Kenntniss aller Wirkungen und Nebenwirkungen der in Betracht kommenden Medicamente. Nur durch diese Kenntniss könne man eine zweckmässige, specialisirende Therapie, einem jeden Krankheitsstadium entsprechend, einschlagen und sich unter dieser Voraussetzung auf die Heilmittel verlassen. Vortragender giebt eine kurze Uebersicht über den klinischen Verlauf des Eczems und definirt die Begriffe acutes und chronisches Eczem. — Bei der Therapie des acuten Eczems wäre in erster Linie die Aetiologie zu berücksichtigen. Die inneren, im Stoffwechsel oder in der anatomischen Beschaffenheit der Haut selbst liegenden Ursachen, seien streng von den äusseren Schädlichkeiten, die ein Eczem hervor-

rufen, zu scheiden. Als innere Ursachen kommen in Betracht: Ichthyosis, Seborrhoe, Prurigo, Psoriasis, Scabies, Diabetes, Anämie, Chlorose, harnsaure Diathese, Oxalurie, ferner chronische Verdauungsstörungen, Dyspepsia und Polysarcia adiposa, mitunter die Gravidität etc. etc. In diesen Fällen wäre in erster Linie das Grundleiden in Angriff zu nehmen. Im Uebrigen müsse die Eczembehandlung 3 Aufgaben erfüllen: 1) Die Beobachtung der Prophylaxe (Gewerbe). 2) Die Beseitigung der subjectiven Beschwerden, insbesondere des Juckens, 3) die schnelle und dauernde Heilung. Vortragender warnt vor der Anwendung von Salben im Frühstadium des Eczems, da diese oft Reizerscheinungen hervorrufen; statt dessen wären Umschläge mit Burow'scher Lösung und nachfolgender Puderbehandlung, oder die Leiter'schen Kühlapparate zu empfehlen. Alsdann referirt Redner über die Theerpräparate, welche in richtiger Anwendung, gute Erfolge ergeben. Was die Behandlung des Eczema chronicum betrifft, so hebt Vortragender hervor, dass das chronische Eczem eine von dem acuten Eczem principiell verschiedene Therapie erfordere, da Reizmittel in solchem Falle ihre Berechtigung hätten. Unter den unzähligen Mitteln wären warm zu empfehlen: Theer-Pflaster, Kali caust. und ohne jedes Risico, eine entsprechende Salbenbehandlung. (Autoreferat).

7. Herr Prof. Dr. O. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Grundlagen der Eczem-Behandlung». (Ist erschienen in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 45, 1896).

Discussion.

a) Dr. Böttcher — Jurjew (Dorpat). Da die Salbenbehandlung auf das acute, nässende Eczem, wie der Herr Vorredner meinte, eine so unzuverlässige Wirkung ausübt, so wäre es doch zweckmässiger Umschläge zu verwenden, die weniger reizen und dasselbe leisten wie z. B. mit Liquor alumin. acetic.

b) Prof. Petersen — St. Petersburg. Ich betone nur das was praktisch ist. Im Principe bin ich gar nicht gegen die Anwendung von Umschlägen und verwende dieselben im Hospitale. In der Privatpraxis aber sind Salben bedeutend praktischer, da dieselben den Patienten nicht behindern und er ruhig seiner Arbeit nachgehen kann.

c) Prof. emerit. G. v. Oettingen. Ich erlaube mir die Frage, wie gegenwärtig das Eczema labiorum behandelt wird?

d) Dr. Böttcher — Dorpat. In Wien werden Aetzungen c. kal. caust. über dem Saum der Lippen vorgenommen und innerlich Roborantien (Arsenikpräparate etc.) verordnet.

e) Prof. Petersen — St. Petersburg. So befreundet ich auch mit Prof. Kapozi bin, so muss ich mich doch energisch gegen die Behandlung des Eczema labiorum mit Kal. causti cum aussprechen, da es eine zu starke Reizwirkung entfaltet. Das Lippeneczem verläuft äusserst chronisch und gehört zu den hartnäckigsten Affectionen. Ich habe auch von der Anwendung des Arsen keine Erfolge gesehen und verordne lieber Eisen. Das Wichtigste was wir den Kranken rathen können ist die Regelung der Lebensweise und die Besserung der socialen Verhältnisse.

f) Prof. emer. Dr. G. v. Oettingen. Wie man sieht geht die Jugend mit energischen Mitteln vor und liebt das Reizende, während das erfahrene Alter vorsichtig zu Werke geht und die Allgemeinbehandlung vorzieht.

g) Dr. Engelmann — Riga. Die guten Resultate, die in der Wiener Klinik mit der Kal. caust. Behandlung erzielt werden, veranlassten mich in einigen Fällen diese Therapie zu versuchen. Trotz einer starken Reaction im Anfange der Behandlung war der Erfolg ein guter. Es traten allerdings Recidive ein; jedoch bei einer Wiederholung der Therapie liessen sich dieselben beseitigen. In zwei Fällen ist seit Monaten kein Recidiv aufgetreten.

h) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. In Betreff des Lippeneczems ist zu bemerken, dass es eigentlich immer von selbst ausheilt. Wenn man auch garkeine therapeutischen Massnahmen anwendet, so heilt es doch. Die Hauptsache bei der Behandlung desselben liegt, wie schon vorhin betont wurde, in der Regelung der Lebensverhältnisse. Was die Behandlung des Eczems im Allgemeinen betrifft, so ist es wünschenswerth noch einmal die Hauptprincipien zu betonen.

Vor allem kommt es auf die Asepsis an. In den Anfangsstadien bemühe man sich die Austrocknung des Eczems zu erreichen, alsdann sorge man für die Schälung und dafür, dass die Haut geschmeidig werde. Als Heilmittel welches diesen Indicationen genügt empfehle ich das Argent. nitric., welches von den Dermatologen im Ganzen wenig benutzt wird. Das Argent. nitric. wirkt austrocknend, ohne die Wirkung des Kali caustic. zu besitzen. Durch die Einwirkung des Argent. nitric. verwandelt man das chronische Eczem in ein acutes und ist auf diese Weise im Stande dasselbe zur Heilung zu bringen.

i) Dr. Dahlfeld — Riga. Die Augenärzte haben sehr häufig Gelegenheit Eczeme zu behandeln und ich kann das Argent. nitr., sei es in der Form der 2—10 proc. Lösung, sei es in der Form des Lapis-Stiftes, als schnell und sicher wirkendes Mittel empfehlen.

Bezüglich der Ausführungen des Herrn Prof. Petersen über vielfache Verfälschungen des russischen Vaselins, bin ich, durch die Mittheilungen eines Fabrikanten dieses Artikels, in der Lage folgende Auskünfte zu geben: einmal lässt sich aus der russischen Naphta überhaupt kein, dem amerikanischen Vaselin gleichartiger Körper darstellen, zweitens ist das russische sogenannte Vaselin nur ein Gemisch aus Ceresin und verschiedenen schweren Kohlenwasserstoffen.

k) Dr. Engelmann — Riga. Ich kann mich den Angaben über die guten Resultate bei der Behandlung des Eczems mit Argent. nitric. nur anschliessen. Das Argent. nitric. ist aber nicht unfehlbar. Es geht mit dem Argent. nitric. wie mit vielen anderen Mitteln, die in der Behandlung des Eczems empfohlen werden. Es kommt eben dabei wesentlich auf die individuelle Prädisposition der Haut an.

l) Dr. Bergengrün — Riga. Ich habe bei den Eczemen des Naseneinganges und des äusseren Ohres von einer combinirten Behandlung mit Lapis und mit Zinksalbe die allerbesten Erfolge gesehen, nur darf die erkrankte Stelle nicht mit Wasser in Berührung kommen und muss der Verband vor äusserer Beschädigung aufs sorgfältigste geschützt werden.

9. Herr Docent Dr. Zoege v. Manteuffel hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Behandlung der Varicocele». (Ist im Druck erschienen in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 42, 1896).

Discussion.

a) Dr. Lenz — Sesswegen. Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, ob seine Patienten im Stande waren den Hoden zu heben, da bei den Personen, die an Varicocele leiden die Beobachtung gemacht wurde, dass der Cremaster atrophirte.

b) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Der Musculus cremaster kann nicht die Rolle eines Compressoriums in therapeutischem Sinne spielen. Er wird übrigens nicht nothwendig bei der Varicocele in seiner Function vermisst, im Gegentheil habe ich denselben meist ziemlich intact gefunden.

c) Dr. Lenz — Sesswegen. Die von Herrn Docent Zoege v. Manteuffel empfohlene Operation involvirt eine Knickung der Vene. Man sollte nun a priori annehmen, dass die Stauung dadurch nur vermehrt wird. Es wäre denkbar, dass die, durch die Ueberdehnung des Cremaster atrophischen Muskelbündel, bei der Hebung des Hodens sich erholen und so die günstige Wirkung zu Stande kommt.

d) Dr. v. Knorre — Riga. Ich erlaube mir die Frage, ob es durch die narbige Abknickung des Funiculus spermat. doch nicht zu einer Stauung in den Venen kommt, da man annehmen muss, dass die Arteria spermatica, welche feste Wandungen besitzt, nicht comprimirt wird, wohl aber, dass die dünnwandigen Venen des Funiculus spermatic. abgeknickt werden und dadurch einen neuen Grund zu Stauungen abgeben?

e) Doc. Dr. Zoege v. Manteuffel. Gegenüber Herrn Dr. v. Knorre bemerke ich, dass man eine Compression durch Narbencallus nicht zu befürchten hat, da ja erfahrungsgemäss die Narben am Abdomen meist zu sehr gedehnt werden. Die vielen Bruchoperationen nach Bassini beweisen ausserdem, dass derartige Bedenken praktisch keine Stütze finden.

Was die Technik der Operation betrifft, so ist zu bemerken, dass die Verlagerung vielleicht dadurch zu vereinfachen ist, dass man den Hoden völlig aus dem Hodensack auslöst und wie bei der Kocher'schen Operation durch einen Muskelschlitz des Musc. obliqus intern. vorzieht und darüber den Muscul. obliqus extern. vernäht und endlich den Hoden ohne Drehung im Boden des Scrotums befestigt. Ich bin 2 Mal bei Bruchoperationen in dieser Weise verfahren. Die Operation war leicht auszuführen und die Festigkeit des obliq. intern. in Folge der Trennung war nicht lädirt.

10. Herr Dr. G. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Fracturen und ihre Behandlung». (Erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift).

Discussion.

a) Dr. A. v. Bergmann — Riga. Die steigende Anzahl von Entschädigungsklagen und die sich daran anschliessenden gerichtlichen Untersuchungen, in wie weit etwa die Behandlungsfehler an der Arbeitsunfähigkeit der Verletzten die Schuld tragen, legt es den Aerzten ganz besonders nahe sich mit Sorgfalt der Behandlung der Fracturen anzunehmen. Wie die soeben hier vorgestellte Kranke beweist kann man die Behandlung mit ganz einfachen Mitteln — Pappe und Gyps — ohne kostspieligen Vorrichtungen durchführen. Die Einwände, es wäre bei ungenügender Assistenz unmöglich eine Fractur zu corrigiren, sind nicht stichhaltig, da wohl überall kräftige Laien zur Stelle sind, die häufig genug mit grossem Eifer die Extension und die Contraextension der zu mobilisirenden Fracturen besorgen.

b) Dr. A. Lenz — Sesswegen. Die Oberschenkelfracturen bei welchen die Grenze zwischen dem oberen und mittleren

Drittheil des Femur fracturirt, zeigen die Neigung nach oben und aussen abzuweichen. Dieser Missstand ist nach meiner Ansicht durch Pappschienen nicht zu beseitigen. In derartigen Fällen ergab die Extensionsbehandlung mit Sandsäcken und Seitenzügeln die besten Resultate.

c) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Ich kann den Herren Collegen auf dem Lande die Behandlung der Fracturen mit Gehverbänden durchaus empfehlen; diese Methode bietet viele Vortheile, sowohl was die Schnelligkeit der Heilung betrifft, als auch was die Function der Muskeln anlangt.

In Betreff des Extensionsverbandes rathe ich zu dem vereinfachten Heftpflasterfilz-Verband von Heussner. Derselbe ist bequem anzulegen, kann jeden Augenblick abgenommen werden, macht keine Eczeme und sitzt so fest, dass man sogar die Kranken daran aufheben kann.

d) Dr. G. v. Bergmann jun. — Riga. In der Landpraxis ist es besser die Unterschenkelfracturen zuerst in Pappschienen liegen zu lassen, als einen Gipsverband sogleich anzulegen, da derselbe leicht ausweitet und Deformitäten entstehen. Den Heussner'schen Extensionsverband haben wir am Krankenhause zu Riga nicht erprobt, er soll aber leicht Eczeme erzeugen.

e) Docent Dr. Zoege v. Manteuffel. Ich habe bei der Anwendung des Heussner'schen Extensionsverbandes das Auftreten von Eczemen nicht beobachtet.

f) Dr. A. v. Bergmann — Riga. Die Behandlung der Unterschenkelfracturen mit Gehverbänden wurde im Krankenhause zu Riga wieder aufgegeben, weil die Heilerfolge schlechter waren, als zur Zeit der alten Behandlungsmethoden und Dislocationen häufig beobachtet wurden.

Was die Extensionsverbände betrifft, so habe ich dieselben aufgegeben, weil die Betten in unserem Krankenhause für eine gute Extensionsvorrichtung zu schmal sind und nur zu leicht Abweichungen entstanden.

Schluss der III. Sitzung.

d. Z. Secretair: Dr. med. Albert Behr.

Vermischtes.

— Der hiesige Arzt, wirklicher Staatsrath Dr. P. M. Obraszow, ist am 24. März durch ein Allerhöchstes Rescript ausgezeichnet worden, in welchem Ihre Majestät die Kaiserin Alexandra Feodorowna demselben Ihre herzliche Erkenntlichkeit ausspricht für seine ärztlichen Dienste, welche er 32 Jahre hindurch, zuerst als Arzt der Elisabeth- und Ssucharewski-Schule der St. Petersburger weiblichen patriotischen Gesellschaft und dann als Director der erwähnten Schulen unentgeltlich geleistet hat.

— Wie der «Wratsch» erfährt, sind die Professoren Dr. D. Ott, Gynäkologe am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, und Dr. W. Ssirotinin, Therapeut an der militär-medicinischen Academie, vom Medicinalrath zu berathenden Mitgliedern gewählt worden.

— Am 19. Februar veranstalteten die Mitglieder der Gesellschaft Kalugascher Aerzte ein Festessen zu Ehren ihres verdienstvollen Präsidenten Dr. Wl. Kritschewski, welcher seit der Gründung der Gesellschaft 32 Jahre hindurch ununterbrochen das Amt des Präsidenten bekleidet hat. K. war früher viele Jahre Gouvernements-Medicinalinspector von Kaluga.

— Der ausserordentliche Professor der Pharmakologie an der Universität Charkow, Dr. S. A. Popow, ist zum ausseretatmässigen ordentlichen Professor ernannt worden.

— Zum Vorsitzenden der medicinischen Prüfungscommission bei der Moskauer Universität ist der Professor der Physiologie in Charkow Dr. W. J. Danilewski designirt worden.

— Verabschiedet: der Oberarzt des Militärhospitals in Grosny, Staatsrath Dr. Awdakow.

— Verstorben: 1) Am 16. März in St. Petersburg der Ordinator des Marienhospitals Anatol Tschishow im 29. Lebensjahre an Scharlach, mit dem er sich bei der Behandlung von Kranken des Hospitals inficirt hatte. Der Verstorbene war ein Schüler der militär-medicinischen Academie, an welcher er vor 5 Jahren den Cursus absolvirt hatte. 2) Am 18. März hierselbst nach längerer Krankheit das Mitglied des gelehrten Comités des Ministeriums der Volksaufklärung, wirkl. Staatsrath Dr. Adam Hirschhorn im Alter von 67. Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Bauske (Kurland) und hatte seine medicinische Ausbildung in der damaligen medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Beendigung seiner Studien i. J. 1858 diente er anfangs im Medicinaldepartement und von 1870 an im Ministerium der Volksaufklärung. 3) In Jekaterinoslaw der Ordinator am dortigen jüdischen Hospital Simeon Stromberg im 37. Lebensjahre. 4) In Havre der Nestor der französischen Aerzte Dr. de Bossy, dessen hundertster Geburtstag vor 4 Jahren von seinen Freunden und Bekannten festlich begangen wurde. Der Verstorbene übte bis wenige Tage vor seinem Tode die ärztliche Praxis aus und erlag nicht der Alterschwäche, sondern einer acuten Krankheit.

— Der Deutsche Kaiser hat seinem Leibarzt, dem Generalarzt Dr. Leuthold, den erblichen Adel verliehen.

— In Erlangen ist für die Hygiene, welche bisher mit der Professur der Physiologie verbunden war, ein selbständiger Lehrstuhl errichtet und zum ausserordentlichen Professor für diesen Lehrstuhl der Privatdocent Stabsarzt Dr. Heim in Würzburg ernannt worden. Ebenso ist dort die Trennung der Professur für Psychiatrie von der Direction der Kreisirrenanstalt durchgeführt und der Oberarzt der letztgenannten Anstalt zum Professor der Psychiatrie gewählt worden.

— Dem Privatdocenten der pathologischen Anatomie an der Berliner Universität, Dr. David Hansemann, früher Assistent von Prof. Rud. Virchow, ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Privatdocent für interne Medicin an der Züricher Universität, Dr. H. Müller, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Die militär-medicinische Academie bittet die Personen, welchen über den Tod und die Ausübung der Dienstpflichten des einen oder anderen der ehemaligen, auf den betreffenden Gedenktafeln noch nicht verzeichneten Zöglinge der Academie Genaueres bekannt sein sollte, solche Nachrichten der Academie zuzustellen, behufs Eintragung der Namen der betreffenden Aerzte auf die Gedenktafeln, welche seit dem Jahre 1893 in der Academie ausgehängt sind.

— Wie verlautet, beabsichtigen die Mitglieder der Balneologischen Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit den ausländischen Mitgliedern des internationalen medicinischen Congresses in Moskau ein speciell die Schlammbäder im Süden Russlands betreffendes Werk zu überreichen, welches in drei Sprachen gedruckt werden soll.

— Der «Führer durch die Hospitäler der Stadt St. Petersburg», welchen unsere Stadtverwaltung den vom internationalen Congress kommenden ausländischen Gästen überreichen wird, soll in französischer Sprache herausgegeben werden.

— Die Wittwe A. A. Anatra hat für das evangelische Hospital in Odessa 5000 Rbl. und für das dortige Stadthospital 10200 Rbl. gespendet.

— Unsere Stadtduma hat nach Anhörung des Berichtes des Stadtverordneten Dr. Bechterew über die unerfreuliche Lage der Geisteskranken, von welchen unsere hiesigen unzureichenden Irrenanstalten überfüllt sind, einstimmig beschlossen, eine Anleihe von einer Million Rubel speciell zur Verbesserung der Irrenpflege zu machen. (Wr.).

— Um die noch erwerbsfähigen Leprösen zu bewegen, freiwillig Linderung ihrer Leiden in den Lepra-Krankenhäusern zu suchen und dadurch die Weiterverbreitung des Keimes der Krankheit zu verhindern, ist, wie wir der «Rig. Rundschau» entnehmen, in Riga ein neuer Verein unter dem Namen «Livländische Gesellschaft zur Unterstützung der Familien von Aussätzigen, welche freiwillig in Leprosorien eingetreten sind», in der Gründung begriffen, der sich zur Aufgabe gestellt hat, die Familien der Leprakranken durch einmalige oder beständige Geldanweisungen zu unterstützen, sie mit Kleidung, Nahrung u. Wohnung zu versehen, im Falle sie dessen bedürfen, die Kinder der Leprösen zu erziehen, in Krankheitsfällen ihner ärztliche Hülfe angedeihen zu lassen und ihnen bei der Erlangung eines Dienstes behülflich zu sein. Die Initiative zur Gründung dieses Vereins ist von dem Livländischen Gouverneur, Generalmajor Ssurowzow, ergriffen worden.

— Massnahmen gegen die Pest. Seitens der hiesigen Commission zur Verhütung der Pest ist in der vorigen Woche der vierte Bevollmächtigte, General Osarowski, in Begleitung von zwei Aerzten an die Grenze von Afghanistan abdelegirt worden. — In Bombay weist die Seuche eine entschiedene Abnahme auf, dagegen breitet sie sich, wenn auch langsam, nach Norden und Süden aus. Der Bakteriologe Chawkin ist trotz seiner Schutzimpfungen an der Pest erkrankt, befindet sich aber bereits in der Besserung.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. März d. J. 8284 (16 mehr als in d. Vorw.), darunter 781 Typhus — (13 mehr), 907 Syphilis — (7 wen.), 171 Scharlach — (9 mehr), 94 Diphtherie — (4 wen.), 146 Masern — (1 mehr) und 28 Pockenkranke — (4 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. März 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
386	322	708	151	64	111	22	11	18	68	48	54	47	55	36	19	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1. Pocken 4, Masern 33, Scharlach 10, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 1, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0. Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 36, Krankheiten der Verdauungsorgane 56, Todtgeborene 32

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 1. April 1897.**

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. April 1897.**

Довв. ценз. Спб. 29 Марта 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 5. (17.) April 1897

Inhalt: Georg von Bergmann: Ueber Fracturen und ihre Behandlung. — Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden. — Zuschrift an die Redaction. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

„Ueber Fracturen und ihre Behandlung".

Von

Georg von Bergmann.

Assistenzarzt an der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

(Vortrag gehalten auf dem VIII. livländischen Aerztetage.)

Obwohl mir der Umfang und die Wichtigkeit des vorliegenden Themas wohl bewusst ist, so will ich doch in Nachfolgendem versuchen, in gedrängter Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit, einen Ueberblick zu entwerfen über die augenblicklich herrschenden Behandlungsmethoden der Fracturen, speciell wie sie in der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Riga geübt werden. Aus der grossen Zahl der Fracturen die alljährlich im Krankenhause zu Riga beobachtet werden, liefern immer wieder einige Fälle den Beweis, dass bei der Behandlung dieser so wichtigen Verletzung, es in weiteren Kreisen, leider noch immer an dem erforderlichen Interesse und Verständniss fehlt. Landerer macht in einem Vortrag darauf aufmerksam dass es weniger die Consolidation des Bruches ist, mit welcher der behandelnde Arzt zu kämpfen hat, sondern dass die Folgen des Knochenbruches, der Muskelschwund, die Steifigkeit der Gelenke und Sehnenscheiden die chronischen Oedeme etc. . . . , die Hauptschwierigkeiten der Behandlung bilden. Diese Umstände sind es, die schon seit Alters her gefürchtet waren und eine so verschiedenartige Behandlungsweise einer der häufigsten Verletzungen des gewöhnlichen Lebens hervorgerufen haben. Ein jeder Arzt, der viel Fracturen behandelt, bemüht sich durch die mannigfachsten Combinationen eine Consolidation mit guter Gebrauchsfähigkeit der Glieder, in möglichst kurzer Zeit, zu erreichen und aus den Erfahrungen und Verbesserungen Einzelner, entwickelt sich alsdann die gesammte grosse Literatur über diesen Gegenstand.

Was die Erscheinungen und die Diagnose eines frischen Knochenbruches betrifft, so kann man kurz bemerken, dass zu den alten vier Cardinalsymptomen: abnorme Beweglichkeit, Crepitation, Deformität, Bruchschmerz, nach Helferich[1]). noch die Functio laesa und der Bluterguss hinzu kommen. Es sei hier gleich darauf hingewiesen, dass die meisten dieser Symptome den Arzt bei der Untersuchung einer frischen Verletzung im Stiche lassen können, so namentlich bei Gelenkfracturen, Radiusfracturen und bei den Malleolarbrüchen. Meistentheils bleibt aber der genau localisirte Druckschmerz, wie auch Tillmanns[2]) die geradezu lineäre Druckempfindlichkeit bei den Malleolarfracturen hervorhebt

In denjenigen Fällen, in welchen die Diagnose unsicher ist, greife man zur Narkose oder behandele die Verletzung von Anfang an wie eine Fraktur. Die sichere Diagnose wird alsdann bald gestellt werden können. Es erwächst dem Kranken aus dieser Behandlungsmethode durchaus kein Nachtheil, sondern höchstens die Unbequemlichkeit eine Schiene einige Tage länger tragen zu müssen als nothwendig.

Ich werde nun in Nachfolgendem die verschiedenen Knochenverletzungen kurz besprechen, wobei ich der althergebrachten Eintheilung der Fracturen in subcutane und complicirte folge.

Aus der grossen Gruppe der subcutanen Fracturen will ich eine Gruppe, die eine besondere Behandlung und Aufmerksamkeit verlangt, die Gelenkfracturen, hervor-

[1]) Prof. Dr. H. Helferich: Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. 1896.
[2]) Dr. H. Tillmanns Lehrbuch der speciellen Chirurgie.

heben und auf die Arbeit von P. Klemm[3]) «zur Behandlung der Gelenkbrüche» verweisen, da die Behandlung derselben in der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga, wesentlich nach den daselbst beschriebenen Principien geleitet wird.

v. Volkmann sagt bei Besprechung der complicirten Fracturen: «Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Kranken und bestimmt den Gang des Verlaufes». Dieser Ausspruch kann auch ganz allgemein für alle Fracturen gelten.

Die richtige Adaption der Fragmente, ihre Fixation, die aufmerksame Controlle des Verbandes, das rechtzeitige Beginnen der Massage mit activen und passiven Gelenkbewegungen, die Ausbildung der atrophirenden Muskeln durch activen und passiven Widerstand, wie sie die schwedische Heilgymnastik lehrt, alles das sind die Factoren die erfreuliche Resultate ergeben, ohne dass jene fabelhaften Calluswucherungen, oder die langdauernden Oedeme, oder der Muskelschwund, die Gelenk- und Sehnensteifigkeiten und die Verkürzungen entstehen, die das befallene Glied unbrauchbar machen.

Was die Knochenverletzungen des Schädeldaches und der Basis betrifft, so ist es nur theilweise möglich, dieselben als einfache und complicirte Fracturen zu unterscheiden. Dagegen erhalten die Fracturen des Kiefers, des Nasenbeines, etc. . . einen durchaus anderen Character, schon dadurch, dass sie mit einer der benachbarten Höhlen in Verbindung treten.

In Bezug auf die Symptomatologie und die Behandlung der Schädelverletzungen sei daran erinnert, dass der Schädelbruch, ebenso wie der Beckenbruch, durch die Verletzung lebenswichtiger Organe eine gesonderte Stellung einnimmt. Ausgesprochene Heerdsymptome erfordern augenblicklich einen Eingriff. (Man vergleiche in dieser Beziehung die Vorträge von A. v. Bergmann und A. v. Zur-Mühlen[4]).

Als Hauptgrundsätze bei der Behandlung der Basisfracturen gelten gründliche Abführungen, absolute längere Bettruhe, locale Application des Eisbeutels.

Die Kieferfracturen suche man, falls Dislocationen bestehen, durch Silberdraht, welches um die, der Bruchlinie benachbarten Zähne geschlungen wird zu vereinigen und auszugleichen.

Besteht eine Oberkieferfractur, so sorge man für eine täglich zu wechselnde Tamponade der Nasengänge und beginne nach einigen Tagen mit Spülungen der Nasengänge. (Borlösung oder dergleichen.) Weiter achte man dass die Mundhöhle mit desinficirenden Flüssigkeiten fleissig gespült werde. Die verschiedenen Verbände, die zur Behandlung der Unterkieferfracturen ersonnen sind, wird Jeder, je nach seiner Erfahrung, anwenden und ich verweise in dieser Beziehung auf das bekannte, vorzügliche Lehrbuch der Fracturen und Luxationen von Dr. A. Hoffa[5]).

Nasenbeinbrüche, mit starker Eintreibung, versuche man durch Vorheben der Fragmente auszugleichen, verordne eine täglich zu wechselnde Tamponade der Nasengänge und beginne, einige Tage nach dem Unfall, mit Spülungen.

Wirbelfracturen bette man auf eine ebene Unterlage und benutze, je nach dem Sitze des Bruches, die Glisson'sche Schlinge, die Rauchfuss'sche Schwebe oder ähnliche Vorrichtungen.

Claviculafracturen, die zu den häufigsten Knochenverletzungen gehören, (c. 16% aller Fracturen) werden am Besten nach Desault eingebunden, oder nach Velpeau. mit der Modification von Dulles, wie Klaussner diesen Verband angiebt. Für die ambulatorische Behandlung ist der Heftpflasterverband nach Sayre nicht zu entbehren, obwohl häufig genug das Tragen der Mitella hinreicht.

Ueber die Behandlung der Rippenbrüche darf man wohl kurz mit Erwähnung des Wickelbandtuches hinweg gehen. Was die Verletzungen des Beckengürtels betrifft, so ist bei denselben die absolute Bettruhe in Rückenlage, auf möglichst ebener Unterlage zu empfehlen, die Beine müssen im Hüft- und im Kniegelenke gebeugt sein.

Complicationen von Seiten der Blase oder der Urethra machen unter Umständen ein sofortiges, operatives Eingreifen erforderlich.

Meine Herren, nachdem ich Ihnen die alten, allgemeinbekannten Behandlungsmethoden der häufigsten Knochenverletzungen des Stammes aufgezählt habe. wende ich mich zu den Continuitätstrennungen der Knochen an den Extremitäten, deren Behandlung nicht nur in erster Linie den Fachcollegen interessirt, sondern vor allen Dingen den practischen Arzt.

Die Frage der Fracturbehandlung ist, wie Landerer hervorhebt, nach einer Pause von einem Virteljahrhundert wieder in den Vordergrund des Interesses getreten. Einen Beweis dafür bilden die häufigen Discussionen über diesen Gegenstand, und die mächtig anschwellende Literatur über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Fracturen. (cf. Bardeleben[6] Congress 1891) Wir wenden uns nun zu der Besprechung der Fracturen der oberen Extremitäten. — Zunächst betrachten wir die Fracturen des ersten Drittel des Humerus, sowohl diejenigen welche das Gelenk, als auch diejenigen die das Collum scapulae in Mitleidenschaft ziehen. Die Behandlung ist in beiden Fällen die Gleiche. Bevor man die Fractur behandelt prüfe man sorgfältig ob nicht eine Luxation des Humerus vorliegt, welcher Irrthum häufig genug verschuldet wird. Durchaus nicht selten wenden sich Patienten ins Krankenhaus deren Schultergürtel enorm geschwollen ist, die die Angabe machen, dass mehrere Aerzte sich blutige Mühe gegeben hätten, die Verrenkung zu reponiren. Thatsächlich handelt es sich in solchen Fällen um eine Fractura colli humeri. Es genügt für die Praxis sich daran zu erinnern, dass bei einer Fractur die Axe des Humerus mitten durch das Gelenk geht, während bei der Luxation die Axe nach aussen fällt. Lautet die Diagnose «Fractur des Humerus» so massire man zunächst. Der eine Assistent halte den Körper des Patienten, welcher eine sitzende Stellung einnimmt, während der zweite Assistent die Extension am leicht gebeugten Ellbogen, in seitlicher geringer Abduction besorgt. Hierauf lege man nach Heussner[7]) eine Mitella an, aber so, dass der hängende Arm durch seine eigene Schwere die Extension besorgt.

Die Versuche mit den Extensionsverbänden haben keine besseren Resultate ergeben als die Mitellabehandlung.

Ferner entsteht bei den Extensionsverbänden nur zu leicht Decubitus, welcher die Massage hindert.

Ist das Gelenk ergriffen, so beginne man am 2. oder 3. Tage mit der Massage. Die Massage muss täglich vorgenommen, und mit Beugungen im Gelenk verbunden werden. Ist das Gelenk nicht betroffen, so trage man den Arm c. 6—7 Tage in der Mitella und beginne alsdann mit der Massage. Wenn es möglich ist, so binde man zur Sicherstellung der Fragmente, noch eine Holzgitterschiene über die Fracturstelle. Solange noch grosse Schmerzhaftigkeit besteht, wird die Massage nur an dem

[3]) P. Klemm: Zur Behandlung der Gelenkbrüche. Klinische Vorträge. Neue Folge. 1893 Nr. 78.

[4]) A. v. Bergmann: Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen. St. Petersburger med. Wochenschrift. 1893. Nr. 51. A. v. z. Mühlen: St. Petersb. med. Wochensch. 1895. Nr. 9. «die Behandlung der complicirten Schädelbrüche».

[5]) A. Hoffa: Lehrbuch der Fracturen und Luxationen.

[6]) v. Bardeleben. Ueber die frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder. Mit besonderer Rücksicht auf die unteren Extremitäten. Deutsche med. Wochenschrift. 1894 Nr. 17.

[7]) Die Behandlung der Oberarm- und Oberschenkelbrüche. Langenb. Archiv Bd. LXIV.

peripheren Theile der Extremitäten ausgeübt. Hernach aber dehne man die Massage über die ganze Extremität aus. (Effleurage, Petrissage, Tapotement.) Sobald eine gewisse Festigkeit des Bruches eingetreten ist, müssen die einzelnen Muskelgruppen durch gewisse active und passive Widerstände, wie sie die schwedische Schule lehrt, zu ihrer Funktionsfähigkeit erweckt und gestärkt werden. Bei den übrigen Fracturen des Humerus, wo es gelingt die richtig adaptirten Fragmente durch Schienen in dieser Stellung zu erhalten, werden dann, ebenso wie bei den Ellenbogengelenkbrüchen und den Fracturen an den Vorderarmknochen, Pappschienen verwendet. Die Extremität wird bei vollkommener Supination der Hand, in gestreckter Armstellung auf die Pappschiene, die auch durch eine schmale Holzschiene verstärkt werden kann, gelagert. (Zuerst die Extremität jedoch in eine Binde gewickelt.) Der eine Assistent besorgt die Extension an der Hand, die nach der ulnaren Seite leicht flectirt wird, während die Contraextension am oberen Fragment zur Schulter hin, vom einem zweiten Assistenten ausgeübt wird. Beim Einschienen muss man darauf achten, dass durch genügende Polstervertheilung das Olecranon freiliegt. Diese Streckstellung wird gut vertragen, hat sodann bei Fracturen im Ellenbogengelenk, nach Lauenstein den Vortheil, dass die sonst leicht entstehende Varus- oder Valgusstellung mit Sicherheit vermieden werden kann. Handelt es sich um Schaftfracturen ohne Gelenkbetheiligung, so wird der Verband in c. 6—7 Tagen entfernt. Alsdann versuche man Massage und leichte Gelenkbewegungen. Ist aber etwas Callusbildung vorhanden, so verwende man eine Volkmanns'sche Suspensionsschiene.

Gelenkbrüche werden vom 2—3 Tage an der Massage und Bewegung unterworfen, welche Manipulationen täglich auszuführen sind.

Für Ellenbogenbrüche sind in letzter Zeit versuchsweise articulirte, abnehmbare Gypshülsen in Anwendung gebracht worden.

Radiusfracturen schiene man gleichfalls in Streckstellung des Armes und beginne nach einigen Tagen mit der regelmässigen Massage.

Nach Hoffa ist das erste Princip bei allen diesen Verbänden die Finger bis an die Capitula der Metacarpalknochen frei zu erhalten. Weiter müssen die Patienten dazu angehalten werden tägliche Bewegungen auszuführen.

Was die typischen Radiusfracturen und ihre Behandlung in der Mitella betrifft, so sind keine zufriedenstellenden Resultate zu verzeichnen und auch Landerer ist mit dieser Empfehlung Petersen's[8]) unzufrieden.

Storp empfahl das centrale Fragment, direct an der Bruchlinie, mit einem breiten Heftpflasterstreifen circulär zu umwickeln und die Hand an der Brust des Patienten so aufzuhängen, dass die Radialseite nach oben schaut. Die Hand sinkt alsdann, der eigenen Schwere folgend, nach der Ulnarseite herab. Ein Fall, der in dieser Weise behandelt wurde, war von einem guten Resultate gekrönt.

Das Aufzählen all der Schienen und Gypsverbände, die für die Knochenverletzungen der oberen Extremitäten in Anwendung gebracht worden sind, würde hier zu weit führen und sollen nur diejenigen Extensionsverbände erwähnt werden, die thatsächlich in Frage kommen.

Das Anbringen der Extensions- und der Contraextensionsgewichte mit seitlichen Correcturgewichten, ist äusserst schwierig durchzuführen und erfordert die aufmerksamste Controlle, da stets Decubitus zu befürchten. Die aus diesen Extensionsverbänden entstandenen und von Bardenheuer mit viel Aufwand von Scharfsinn und technischer Fertigkeit hergestellten Federextensionsschienen, werden wohl kaum eine ausgebreitete praktische Verwendung finden.

Bei den Fracturen der Metacarpal- und Phalangealknochen schiene man den Vorderarm besser mit ein.

Was die Knochenverletzungen der unteren Extremitäten anbetrifft, so hat man hier in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, mit bedeutenden Schwierigkeiten zu kämpfen. Die grössere Massigkeit der Weichtheile, die wohlausgebildete Muskulatur, deren Contractionen schwer zu überwinden sind, die Schwere der ganzen Extremität, machen die Untersuchung schwierig und die Anlage eines passenden Verbandes ist ein Prüfstein der technischen Fertigkeit des Einzelnen.

Vergegenwärtigt man sich kurz die verschiedenen Verbandmethoden, so sind in erster Linie die Pappe- Leim- Kleister- Wasserglas- Schienen- Gypsverbände etc. etc. zu nennen, die meist die Aufgabe haben den Patienten, bis die Consolidation erfolgt ist, an das Lager zu fesseln.

Die Extensionsverbände erfordern ein breites, ebenes Lager, eine Menge von Hilfsvorrichtungen zur Gewichtsbelastung, genaueste Controlle u. s. w.

Dabei sind verschiedene Gefahren nicht ausser Acht zu lassen, wie der leicht entstehende Decubitus, die Lähmung des Nervus peroneus (Wagner[9]), Gelenkergüsse etc.

Borck[10]) empfiehlt für Oberschenkelfracturen das Planum inclinatum duplex, mit Heftpflasterextension, die vom Knie aus wirkt. Sehr gute Resultate giebt die Verticalsuspension an Heftpflasterstreifen bei Kindern, wie es schon Lentze[11]) erwähnte. Zu der Gruppe der Extensionsverbände gehören die schon genannten Bardenheuerschen Federextensionsschienen. Vom Princip der einfachen Thomas'schen Schiene mit Sitzring ausgehend, sind eine ganze Reihe von Apparaten construirt worden, die eine Behandlung mit möglichst frühzeitiger, activer Betheiligung des Kranken anstreben. Aus dieser grossen Gruppe sollen nur einige erwähnt werden wie z. B. die künstlerischen und genau gearbeiteten Apparate von Hessing.

Harbordt[12]) giebt eine Schiene an die nur an der Innenseite der Extremitäten angelegt zu werden braucht, Ober- und Unterschenkel werden mit Kleisterbinden an Holzplatten fixirt. Am Kniegelenk befindet sich eine Schraubenvorrichtung zum Feststellen oder Freilassen des Gelenkes.

Reyher hat auf drei Paar Blechschienen, die mit Wasserglas-Magnesitverband fixirt wurden, Stützapparate mit Sitzring angebracht die am Knie ebenfalls eine Schraubenvorrichtung hatten. Es giebt auch eine stattliche Reihe von Verbänden und Apparaten die in erster Linie bei der Behandlung der Oberschenkelbrüche Verwendung finden. Um mit dem Schenkelhalsbruch zu beginnen, sei hier darauf aufmerksam gemacht, dass in gewissen Fällen diese Knochenverletzung verkannt wird da man, weil typische Fractursymptome fehlen, an eine Distorsion oder Contusion denkt und die richtige Entscheidung oft erst nach Tagen möglich ist. Bisweilen kann in derartigen, zweifelhaften Fällen das Alter des Patienten einen Hinweis auf die Diagnose ermöglichen. Ist die Diagnose unsicher oder gelingt bei constatirter Fractur, die richtige Adaption der Fragmente nicht, so soll man zur Narcose schreiten. Es ist von eminenter Wichtigkeit sowohl die Diagnose zu stellen, als auch sich über die gegebene Bruchform klar zu werden. Die

---

[8]) Petersen. Radiusfractur in der Mitella mit hängender Hand. München. medic. Wochenschr. 1894. Nr. 18.

[9]) W. Wagner. Die Lähmung der Extensoren des Fusses nach Oberschenkelbrüchen. Centralbl. für Chirurgie. 1879. Nr. 41.

[10]) Ed. Borck. St. Louis. Med. and Surg. Journal. Januar 1877.

[11]) Lentze. Behandlung der Oberschenkelfracturen bei kleinen Kindern. Berl. Klin. Vorträge. 1880, Nr. 52.

[12]) Harbordt. Eine neue Schiene zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen ohne dauernde Bettlage. Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 37.

Narcose erleichtert diese Manipulationen wesentlich, wie z. B. bei Weichtheilsinterpositionen, bei winkeligen Einkeilungen u. s. w. Bei den Infractionen oder diesen Einkeilungen am Schenkelhalse bleibt die Diagnose, nach König häufig genug ungewiss. Hat mat die Diagnose »Fractur» sicher, so lege man den Verband an. — Mit Ausnahme der Patellar- u Malleolarfracturen, welche schmale Schienen erhalten, gilt für alle Fracturen der ganzen Extremität derselbe breite Pappeschienenverband. Ist das obere Fragment so lang dass es gestützt werden kann, so besorgt es der Assistent. Er ergreife den Femur von unter her mit der einen Hand und fixire mit der anderen Hand von oben her das Glied. Selbstredend corrigire er etwaige Rotationsabweichungen und führe Contraextension nach oben hin aus. Der zweite Assistent fasse mit der einen Hand den rechtwinklig gestellten Fuss an der Ferse und nehme in der Längsachse gleichmässige constante Extension vor. Mit der anderen Hand greife er am Fuss an, um die Stellungen zu erhalten. Ist die Verkürzung ausgeglichen und die Achsenrichtung eine übereinstimmende, so massire man die Extremität mit Effleurage, Nach der Polsterung der Knochenvorsprünge lege man eine Binde an, und darauf die breiten, eingeweichten Pappeschienen, welche man durch Kleisterbindentouren der Form der Extremität anschmiegt. Diese Pappeschienen sind zur Rückseite des Beines hin breiter angefertigt und werden kurz vor dem Gebrauch in heissem Wasser geweicht bis sie gut biegsam werden. Dieselben liegen an der Extremität so zusammen, dass sie nach hinten hin eine feste Hohlrinne bilden. Bei der Rückenlage des Patienten ist daher ein Absinken des einen oder anderen Fragmentes unmöglich. Bei diesen Verbänden achte man darauf dass die Malleolen frei liegen und die Fersen eine gute Polsterung erhalten da ein Decubitus an diesen Stellen, auch nach verheilter Fractur der Behandlung viel Mühe bereitet. Ist der Femur betroffen, so bringe man das eingeschiente Bein in Abductionsstellung und erhalte dasselbe in dieser Stellung durch eine Pappeschiene und durch Bindentouren die bis an den Thorax reichen müssen.

War der Bluterguss sehr beträchtlich, so schneide man nach 8—14 Tagen jetzt den zu weiten Verband auf, massire, controllire die Stellung und lege den Gypstützapparat an.

Das Princip dieses Verbandes ist das der Thomas'schen Schiene. Oben am Tuber ischii wird ein ca. 3-fingerbreiter Filzstreifen umgelegt, dessen Enden ungefähr über der Spina anterior superior ossis ilei gekreuzt werden. An den seitlichen Partien benutze man der grösseren Festigkeit wegen, schmale Blechschienen, die an den prominenten Stellen, wie am Kniegelenk und an den Malleolen, nicht direct anliegen dürfen, sondern lege ihnen Filzstützen unter.

Zuerst wird die Extremität in eine Binde gewickelt und der Gypsverband darüber, bis an die Malleolen gelegt; alsdann wird über ca. 3 zusammengelegten Blechschienen, eine schmälere Gypsbinde so von den Enden heraufgewickelt, dass in der Mitte dieser so hergerichteten Schienen eine spindelförmige Verdickung entsteht. Diese Schienen dienen somit als Bügel. An der Planta pedis wird ein zusammengelegtes Holzwollekissen, oder etwas dem ähnliches, angepasst. Die Aussenseite der Tretfläche wird mit Vaselin bestrichen und der nun so construirte Bügel derart angelegt, dass seine beiden Enden die Malleolen überragen. Ueber den Bügel und die Kissen wird der Fuss eingegypst. Zuletzt wird aus breiten Gypsbinden, in guter Abductionsstellung des Beines, vom Gypsverbande aus nach oben, über die Lumbalgegend bis an den Thorax hin, eine Art Sporn gebildet und bis zur Erhärtung desselben werden breite, circuläre Heftpflasterstreifen an den Körper gepresst. Nach einigen Tagen, wenn der Gypsverband erhärtet ist wird das Holzwollkissen an der Fusssohle durch Hervorziehen entfernt und es entsteht auf diese Weise ein Hohlraum in welchen hinein die Extremität frei hängt zwischen dem eingegypsten Bügel und der Fusssohle. Da der obere Stützpunkt am Tuber ischii und am Becken sich befindet, so besteht eine Extension durch das eigene Gewicht. Der Gypssporn, der nach oben an der Seite gemacht wurde, wird unterpolstert und mit einer Binde an den Körper gezogen, und dadurch beim Gehen die Abductionsstellung gesichert. Der Patient erhält an den gesunden Fuss einen Pantoffel mit dicker Sohle und kann alsdann mit Krücken umhergehen.

Nach 6 Wochen etwa werden diese Verbände durch Aufschneiden in der Mittellinie entfernt. Ist der Callus noch nachgiebig so benutzt man dieselbe Gypshülse, die durch Binden zusammengezogen wird. Ist die Fractur consolidirt so hat man noch eine Zeit lang mit leichten Oedemen und geringen Gelenkversteifungen zu kämpfen. Wannen, Massage, active und passive Gelenkbewegungen, Bindeneinwickelungen bringen diese lästigen Nebenerscheinungen in Bälde zum Schwinden.

Unterschenkelfracturen behandele man ebenfalls mit breiten Pappeschienen und halte die Patienten, wenn kein grosser Erguss vorhanden war, gegen 4 Wochen zu Bett. In den meisten Fällen tritt die Consolidation der Fractur in diesem Zeitraum ein. Ist das Gegentheil der Fall, so wird die Extremität bis über die Mitte des Oberschenkels eingegypst und der Kranke darf alsdann umhergehen. Nach weiteren 2 Wochen prüfe man von Neuem die Bruchstelle,

Es giebt Formen von Schrägfracturen an der unteren Extremität, deren Verkürzung eine recht beträchtliche ist und es gelingt nicht die Fragmente in eine gute Stellung zu einander zu bringen. In diesen Fällen ist der Extensionsverband indicirt und giebt bessere Resultate als die anderen Behandlungsmethoden. Das Anlegen des Extensionsverbandes erfordert einige Geschicklichkeit, die Heftpflasterstreifen dürfen nach Bardenheuer und Bitter[13]) über die Fracturlinie hinüber gelegt werden und sollen stets die ganze Länge der Extremität bedecken. Zu empfehlen wären die neuen Extensionsverbände von Heusner, aus Filzlagen mit aufgenähten Segeltuchstreifen, die etwa handbreit mit einer besonderen Klebmasse seitlich an den Extremitäten fixirt werden.

Was die ambulatorischen Gypsverbände bei Fracturen der unteren Extremitäten betrifft, wie sie von Bardeleben, Krause, Korsch empfohlen werden, so sind die Versuche die am Rigaschen Krankenhause angestellt wurden nicht so günstig ausgefallen, dass man es wagen könnte diese Verbände als ungefährlich in die grosse Praxis einzuführen.

Was die klin. Behandlung betrifft so ist es damit etwas anderes und man darf daher nur anrathen, die breiten Pappeschienen anzulegen und je nach den Umständen, in der 2—4 Woche einen Wechsel des Verbandes vorzunehmen. Die Heilungserfolge sind bei den Kranken, die auf diese Weise behandelt wurden, nicht ungünstiger als die ausländischen Statistiken es angeben.

Bei Condylenfracturen, mit Betheiligung des Gelenkes, wende man die breiten Pappeschienen an und massire frühzeitig. Es ist nothwendig jeden Fall zu individualisiren, denn die Handhabungen bei der Massage und den Bewegungen dieses Gelenkes bieten besondere Schwierigkeiten dar. Patellarfracturen, deren eingehende Besprechung in P. Klemm's Arbeit: Zur Anatomie und Therapie der Kniescheibenbrüche[14]) einzusehen ist, werden augenblicklich massirt, die Extremität in schmale Pappe-

[13]) Bitter: Behandlung von Oberschenkelfracturen mittels der modificirten Extensionsmethode nach Prof. Bardenheuer Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nr. 16 und 33.

[14]) Dr. P. Klemm: Zur Anatomie und Therapie der Kniescheibenbrüche. St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. Nr. 49.

schienen gebunden oder auf die Volkman'sche Schiene gelagert.

Nach 3—4 Tagen beginne man mit der regelmässigen Massage und den Bewegungen Das Anlegen der Schiene ist aber ungefähr 2 Wochen hindurch noch anzurathen. Die Therapie der Patellarfracturen ist von 2 Gesichtspunkten aus in Angriff genommen worden. Nach der Ansicht der Einen, soll eine knöcherne Vereinigung durch eine blutige Behandlungsmethode erreicht werden, während die conservativen Chirurgen darnach streben mit Massage und Bewegungen die Gebrauchsfähigkeit des Knie's, durch eine bindegewebige Vereinigung der Fragmente, anzubahnen.

Aus der Gruppe der operativen Behandlungsmethoden wären beispielsweise Einige anzuführen; so zunächst, nach Malgaigne, die Klammerbehandlung. Schede[15]) punctirt das Gelenk mit dem Troicart, lässt das Blut abfliessen, und vereinigt die Fragmente durch Heftpflasterstücke.

Lister eröffnet das Gelenk, näht mit Silberdraht und drainirt mit Rosshaar.

Metzler[16]) benutzt als Nähmaterial gleichfalls Silberdraht, drainirt und legt für ca. 6 Wochen einen Gypsverband an. Es entstehen aber nach dieser Behandlung oft steife Gelenke. Da die Hautnarbe an die Patella fixirt war, so ging schliesslich die knöcherne Vereinigung wieder auseinander.

Alle Anhänger des blutigen Eingriffes, wie sie in Pfeil-Schneider einen eifrigen Vertheidiger finden, werden von P. Klemm in richtige Beleuchtung gebracht. Anders liegen dagegen die Verhältnisse bei ausgedehnter Zerreissung des Reservestreckapparates und bei den complicirten Fracturen. (König, Klemm, Beck.)

Die Resultate die mit der conservativen Behandlung erreicht werden, sind sehr zufriedenstellende; diese Therapie ist besonders ausgebildet worden durch Mezger (Amsterdam) und Rossander (Stockholm.)

Ich erlaube mir einen Fall von dem Berghmann in Stockholm berichtet, kurz anzuführen: Ein Offizier, welcher seit 4 Monaten eine Patella-Fractur und eine Versteifung des Kniegelenks hatte, begab sich in die Behandlung Berghmann's. Berghmann behandelte den Kranken längere Zeit energisch, jedoch mit schlechtem Resultat. Der Offizier wandte sich hierauf an Mezger nach Amsterdam, welcher dem Patienten keine Hoffnungen machte. Beim Fortgehen stürzt der Offizier auf der Treppe, refracturirt sich die Patella und kehrt sogleich zu Mezger zurück der ihn nun in seine Behandlung aufnimmt. Berghmann hat den Offizier $2^1/_2$ Jahre beobachtet und am Gang kaum einen Unterschied in der Function der beiden Extremitäten bemerkt.

Die Flexion war activ bis zu 85° möglich. Hierbei bestand die Diastase der Fragmente ca. 10,5 cm. Die Streckung gelang activ bis zu 162°. Die Diastase betrug jetzt 1,5 cm.

Was die vielen, namentlich neueren Empfehlungen bei Fracturbehandlung anbetrifft, so sagt Helferich sehr richtig: Heutzutage sind auch Methoden zur Behandlung gewisser Knochenbrüche im Gebrauch, welche, in der Hand einiger Fachmänner vorzügliche Resultate geben, von denen es aber sehr zweifelhaft ist, ob sie sich für die allgemeine ärztliche Praxis eignen. Es ist fraglos, dass die prinzipielle blutige Naht der Fragmente einer Patellarfractur, in der Hand des Fachchirurgen, treffliche Resultate bietet. Es ist kein Zweifel, dass die Behandlung der Knochenbrüche der unteren Extremitäten, in Gehverbänden gute Erfolge aufweist; ja sogar zur Behandlung der typischen Brüche der unteren Radiusepiphyse wurde der Verzicht auf jeden Verband und nur die einfache Lagerung in einer Mitella empfohlen. — Für die allgemeine ärztliche Praxis sind diese und ähnliche Methoden, meiner Meinung nach, doch nicht geeignet.

Bei den Knöchelbrüchen massire man, lege die Extremität in schmale Pappeschienen und binde dieselbe bis über das Knie hinauf ein. Beim ersten Verbande erhält der Fuss zweckmässiger Weise eine leichte Andeutung zur Abductionsstellung. Nach 5—6 Tagen beginne man mit der Massage und den Gelenkbewegungen, setze aber das Anlegen von Schienen fort bis zum Festwerden des Callus. Bei den Knöchelbrüchen muss man die einzelnen Formen in Hinsicht auf die Prognose und die Therapie sehr unterscheiden. Vor allem werden die meisten Fälle von Distorsionen den einen oder den anderen Malleolus, wohl häufiger den Malleolus externus, mit abgesprengt haben, und in solchen Fällen erreicht man oft schon in 14 Tagen die Gebrauchsfähigkeit des Fusses. Sind starke Schwellungen vorhanden so wird man der genaueren Untersuchung und Reposition wegen die Narkose anwenden müsseen. Man unterscheide den supramalleolären Bruch Malgaigne's von dem typischen Verrenkungsbruch Dupytren's. Bei Fracturen der Fussknochen ist eine kürzere Schiene mit rechtwinkliger Stellung des Fusses anzuwenden.

Es erübrigt noch einige Worte über complicirte Fracturen zu sagen. Das Erste und Wichtigste bei der Behandlung derselben ist die peinliche Säuberung der ganzen Extremität mit Seife und Bürste, weiter das Entfernen der Haare mit dem Rasirmesser und das Abreiben mit Aether oder Alkohol. Es gereicht dem Patienten nicht zum Schaden wenn mit dieser peinlichen Vorbereitung eine Art Cultus getrieben wird. Die primäre Resection kommt oft in Frage und ist dieselbe bei starken Weichtheilverletzungen und bei vorliegenden Comminutivfracturen zu empfehlen. In den übrigen Fällen erfolgt die genaue Adaption der Fragmente und das Anlegen des aseptischen Verbandes, darauf die Pappeschienen, die mit Binden fixirt werden, und jederzeit bequem abzunehmen sind,

Man achte sorgfältig auf die Temperatur, den Puls und die Localsymptome. Besteht ein Verdacht auf eine beginnende Eiterung, so untersuche man die betreffende Stelle so sorgfältig wie möglich, ob nicht eine Röthung, eine Fluctuation, ein Knistern, besonders eine Druckempfindlichkeit, vorhanden sind, prüfe das vorquellende Blut auf seinen Geruch und seine Farbe. Sobald ein Eingriff indicirt scheint mache man weite Incisionen entferne jeden Splitter, resecire die zackigen Enden und sorge für Contraaperturen zum Abfluss durch breite Tamponade.

Bei complicirten Fracturen an der Hand und den Fingern sei man mit dem Amputationsmesser nicht zu eilig, da man auf conservativem Wege oft hübsche Resultate erreicht. Von wichtigeren Complicationen die bei Behandlung der Knochenbrüche eintreten können, sei noch kurz der Neigung der Fragmente zur Pseudarthrosenbildung erwähnt.

Gegen diesen Zustand ist das Verschiedenartigste vorgeschlagen worden. Bircher[17]) führt Elfenbeinzapfen in die Markhöhlen der Fragmente. Andere injiciren reizende Stoffe z. B. Milchsäure. (Bidder) Eisessig (Fitzgerald) u. s. w. Zu empfehlen ist ein Versuch mit der venösen Stauung, wie man sie mit Gummibinden und dem Esmarch'schen Schlauch erzeugen kann, oder auch das Aneinanderreiben der Fragmente, oder endlich das blutige Verfahren, namentlich bei Weichtheilinterposition. Die blosgelegten Fragmente werden mit Elfenbeinstiften oder Metallnägeln zusammengenagelt oder die Enden resecirt.

[15]) M. Schede: Zur Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon. Centralbl. f. Chirurgie. 1877. Nr. 42.

[16]) A. Metzler: Querbruch der Kniescheibe, durch die Knochennaht geheilt. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1880. Nr. 2.

[17]) Bircher: Eine neue Methode unmittelbarer Retention bei Fracturen der Röhrenknochen. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXIV. 2.

Blagowestschensky[18]) berichtet aus der Bergmann'schen Klinik von einem Mann dem mit gutem Resultat die Tibia beiderseitig resecirt wurde weil die Fractur sich nicht consolidirt hatte.

Von sonstigen Erscheinungen wäre noch der Lungeninfarct zu erwähnen.

Vereiterungen der subcutanen Fracturen gehören, nach Billroth, Krecke[19]), Steinthal[20]) zu grossen Seltenheiten. Recapituliren wir noch einmal die hauptsächlichsten Momente der Fracturbehandlung:

I. Die richtige Adaption der Fragmente wird besorgt durch Extension und Contraextension mit sorgfältigem Stützen der Bruchenden.

II) Zeitiges Fortschaffen des Blutaustrittes, namentlich aus den Gelenken, vor dem Einschienen durch Effleurage.

III. Fixation der gut adaptirten Fragmente. Es kommen hierbei die verschiedenen Schienen und Fixationsverbände in Betracht wobei man darauf achten muss mit möglichst billigen und leicht zu beschaffenden Hilfsmitteln gute Resultate zu erzielen.

IV. Zur richtigen Fixation der Fragmente ist es erforderlich das central und peripher gelegene benachbarte Gelenk mit zu verbinden.

V. Bei gewissen Fracturen wird man sich der Extensionsverbände bedienen müssen, so bei Schrägfracturen mit starker Verschieblichkeit der Fragmente und grosser Verkürzung. Die Extensionsverbände müssen mit Vorsicht angelegt werden um Decubitus und Muskellähmungen zu vermeiden.

VI. Die beginnende Muskelatrophie muss zum Theil durch Anlegen von Verbänden, welche eine gewisse Muskelaction gestatten, oder aber durch rechtzeitiges Beginnen mit der Massage bekämpft werden.

VII. Eine besondere Beachtung verdienen die Gelenkfracturen. Um den, für die Frage der Function gefährlichen Erguss fortzuschaffen, beginne man so früh wie möglich, mit Massage und Bewegungen. Das Resultat ist sehr abhängig von der Intelligenz und dem gutem Willen des Patienten. Im Allgemeinen ist die Prognose bei jugendlichen Individuen günstiger als im späteren Lebensalter.

VIII. Bei complicirten Fracturen beobachte man die peinlichste Sauberkeit der Umgebung, sorge für das Abrasiren der Haare und für steriles Verbandzeug und controllire den Krankheitsverlauf mit Aufmerksamkeit.

IX. Die Nachbehandlung zur baldigen Herstellung der Gebrauchsfähigkei, besteht in häufigen Bädern, Massage und Gelenkbewegungen. An grosseen Krankenhäusern muss für die Anstellung von Masseuren aus der schwedischen Schule oder für Errichtung der Zander'schen Institute gesorgt werden.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden
29.—31. August 1896.

Vierte Sitzung.

Freitag d. 30. August. Nachmittags 4 Uhr.

1. Herr Dr. A. v. Zur-Mühlen hält seinen angekündigten Vortrag: **«Welche Wege kann die eitrige Mittelohrentzündung beim Uebergang ins Gehirn nehmen und wie diagnostiren wir die centrale Affection».**

Eingangs wies Vortragender in kurzen Worten darauf hin, dass die häufig so schwierige Diagnose der endocraniellen Complicationen, im Gefolge von Ohreiterungen, nur bei einer genauen Kenntniss der anatomischen Details gestellt werden kann. Es giebt zweierlei Wege, denen die Eiterungen folgen können: 1) Directe Verbindungsbahnen, d. i. Lymph-Nerven- und venöse Bahnen. Der dazwischen liegende Knochen kann in solchen Fällen ganz intact erscheinen oder aber: 2) Der Eiter durchbricht Knochen und Weichtheilwände und schafft sich seinen Weg selbst. Die Paukenhöhle, der Ausgangspunkt der Eiterung, wird durch das in seiner Dicke sehr variable, zuweilen sogar durchbrochene Tegmen Tympani, von der mittleren Schädelgrube abgetrennt. Die vordere und untere Wand derselben zeigen verschiedene Verhältnisse, da die erstere die Carotis, die zweite den Bulbus venae jugularis zum Theil zu schützen bestimmt sind. Die innere Wand wird durch das Promontorium gebildet, hinten gelangt man durch den Aditus ad. antrum über den vorspringenden Wulst des verticalen Bogenganges, in diese grösste Zelle des Processus mastoideus.

Die directe Communication auf dem Wege der Lymphbahnen wird durch den Aquaeductus cochleae und Aquaeductus vestibuli vermittelt. Der Aquaeductus cochleae stellt einen bindegewebigen Strang dar, der eine Vene und einen perilymphatischen Gang enthält und lässt die Vene in den Bulbus venae jugularis, den Lymphgang direct in den Subarachnoidalraum einmünden, letzterer führt den Ductus endolymphaticus, der sich zwischen den Blättern der Dura mater zum Saccus endolymphaticus erweitert. Den Nervenbahnen wird die Eiterung seltener folgen können, da reactive entzündliche Schwellung des Nerven den Canal verlegen kann. In Betracht kommen der N. facialis und der, direct das Tegmen Tympani durchsetzende N. Jacobsoni. Die weittragendste Bedeutung kommt den Venen zu, da grosse venöse Räume — Sinus cavernosus, Sinus transversus und der Sinus petrosus sup. et infer. dem Felsenbein direct anliegen und zuführende Venen direct aus diesem Knochen empfangen, durch welche sodann, im Erkrankungsfalle, der Transport des infectiösen Materials geschieht. Von den Knochenvenen verdienen eine gesonderte Betrachtung die Vena auditiva interna und die oben erwähnte Vene des Aquaeductus vestibuli. Erstere sammelt das Blut aus dem inneren Ohre und mündet direct in den Sinus petrosus inf., letztere in den Bulbus venae jugularis.

Der Processus mastoideus, der seine volle Ausbildung im dritten Lebensjahre erlangt, wird im ersten nur durch die, das Antrum mast. umschliessende Knochenschale gebildet. Ausser den pneumatischen Räumen enthält der Processus mast. auch diploetische Knochensubstanz und zwar ist das Verhältniss beider zu einander individuell sehr verschieden. Der Processus mast. liegt den Gebilden der hinteren Schädelgrube an, in Sonderheit dem Sinus transversus.

Es lassen sich 4 Hauptgruppen der endocraniellen Affectionen in Anschluss an Ohreiterung unterscheiden:

1) Pachymeningitis ext. und extraduraler Abscess.
2) Thrombose der Sinus durae matris und des Bulbus Venae jugularis.
3) Gehirnabscess.
4) Meningitis.

1. Pachymeningitis ext. und extraduraler Abscess finden sich fast doppelt so häufig nach acuten als nach chron. Ohrenleiden. Der Knochen ist meist mehr oder weniger zerstört. Die allgemeinen Symptome bieten gewöhnlich wenig charakteristisches, Herdsymptome sind nur vorhanden wenn der Druck so stark ist, dass tiefer gelegene Theile betroffen werden. Wichtig sind die sich, allerdings selten, auch äusserlich manifestirenden Symptome des endocraniellen Leidens, Schwellung hinter dem Warzenfortsatze in der Umgebung des Emissarium mast., bedingt durch die Fortleitung der Eiterung durch die Vena emissaria. Wir können auch Hirndrucksymptome bei grösseren Eiterdepots erwarten.

2. Eine Infection der grossen Gehirnblutleiter schliesst sich gewöhnlich an chron. Ohrprocesse, namentlich an ein Cholesteatom an. Abgesehen von den allgemeinen Symptomen der Eiterung. haben wir bei der Sinusthrombose, dem theoretischen Calcul zu Folge zu erwarten, erstens, die Zeichen der Stauung, zweitens. Paresen und Paralysen, bedingt durch Compression der Nervenstämme in ihrem gemeinsamen Durchtritt mit den Venen durch die Schädelkapsel. Setzt sich die Thrombose des Sinus transversus durch den Bulbus in die Jugularis int. fort, so werden wir Stauungen im Gebiete der Vena facialis communis und der Vene des Emissarium mast. finden. Die thrombosirte Jugularis int. ist als empfindlicher Strang in den seitlichen Halspartien zu fühlen, Bewegungen des Kopfes und Schlucken sind schmerzhaft. Die hier in Betracht kommenden, durch das Foramen jugulare tretenden Nerven sind der Glossopharyngeus, der Vagus und der Accessorius. Die Ausfallserscheinungen des ersten sind bedeutungslos. Wichtiger können die Vagussymptome sein. Druck auf den Accessorius kann zu Lähmungen des M. sterno-cleidomastoideus und des cucullaris führen.

Die Thrombose des Sinus cavernosus führt, wenn die Venae ophthalmicae keinen Abfluss zu den venösen Plexus der Pterygoidmuskulatur finden zu Stauungen im Gebiete der Frontalvenen, zu Exophthalmus und zu einer Stauungspapille. In dem Sinus cavernosus verlaufen der Nervus oculomotorius und

[18]) Blagowestschensky. Münch. med. Wochenschrift. 1893. Nr. 18.
[19]) Krecke: Ueber Vereiterung subcutaner Fracturen. Münch. med. Wochenschr. 1894. Nr. 35.
[20]) Steinthal: Ueber Vereiterung subcutaner Fracturen. Deutsche med. Wochenschr. 1887. Nr. 21.

trochlearis, in seiner Wand liegt das Ganglion Gasseri. Druck auf die Nervenstämme wird sich durch Lähmungserscheinungen der Augenmuskulatur äussern, während vom Ganglion Gasseri Neuralgien im Gebiete des Trigeminus ausgelöst werden können.

Thrombophlebitis der Sinus petrosi bedingen für sich, abgesehen von den Allgemeinerscheinungen keine besonderen Symptome.

3. Der Hirnabscess findet sich ausschliesslich im Schläfenlappen und im Kleinhirn und zwar in ersterem etwa doppelt so häufig. Das Stadium initiale bietet für die Diagnose keine Anhaltspunkte, ebenso meist die Latenzperiode. Doch ist man verpflichtet alle Momente zu berücksichtigen, da in dem manifesten Stadium ein operatives Eingreifen keine Aussicht auf Erfolg bieten würde. Wichtig ist der Wechsel von Wohlbefinden und Krankheit, geringe Temperatursteigerungen und der localisirte Kopfschmerz, dem jedoch nicht immer die Lage des Abscesses zu entsprechen braucht. Die Percussion ergiebt oft sichere Anhaltspunkte, indem die Stelle über dem Abscess empfindlicher ist als die Umgebung. Der ophthalmoscopische Befund ist unsicher, Stauungspapille fehlt meist. Wichtig und beweisend sind die etwa vorhandenen Herdsymptome-Lähmungen, Sprachstörungen. Die Kleinhirnhemisphären sind indifferent, ein dort gelegener Abscess bedingt mithin keine Ausfallserscheinungen.

4. Die Symptome der Meningitis sind nicht zu verkennen, ein operatives Eingreifen ist nicht indicirt. (Autoreferat).

2. Herr Dr. R. Otto hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zeitgemässe Betrachtungen über die Aetiologie und Therapie der acuten Mittelohrentzündung**». (Der Vortrag ist erschienen in der St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 38, 1896).

Discussion.

a) Dr. Voss — Riga. Ich möchte mich gegen die von Herrn Dr. Otto vorgeschlagene Methode der Behandlung aussprechen, weil dieselbe nur die eine Eingangspforte für die Infection berücksichtigt, dagegen die Infection durch die Tube vernachlässigt. Ich glaube, dass die Infection vom äusseren Gehörgange aus, durchaus nicht den häufigeren Vorgang darstellt, sondern im Gegentheil, dass die Erreger durch die Tuben eindringen. Es kommt bei der Behandlung des Mittelohrcatarrh auf 2 Punkte an; einmal das Eindringen von Infectionsstoffen zu verhindern und zweitens, unnütze Reizungen zu vermeiden. Die Chirurgen sind der Ansicht, dass die Spülungen fortfallen müssen, weil die Infectionsträger direct in das Gewebe eingetrieben werden, während das Neue der Otto'schen Methode, in der fortlaufenden Drainage besteht. Da aber nach der Methode des Herrn Dr. Otto, die Schwankungen in den Heilerfolgen dieselben bleiben wie bei den früheren Methoden, so kann ich den Vortheil der Drainage nicht einsehen, ganz abgesehen davon, dass die Spülungen doch bequemer auszuführen sind als die häufig wechselnde Tamponade. Die Methode des Collegen Otto scheint m. E. nur in solchen Fällen brauchbar, in welchen die Kranken von Anbeginn an, in der Behandlung des Specialisten sich befinden, d. h. noch bevor die Perforation eingetreten ist und der Arzt die Paracentese nach vorhergegangener Reinigung ausführt. In den Fällen, welche nach der Perforation in die Behandlung kommen, kann die nachträgliche Occlusion die eventuell schon eingetretene Infection doch nicht verhindern. Die Dauer der Behandlung, einige Tage bis zu 3 Wochen, ist ausserdem nicht geringer als bei den früheren Methoden.

b) D. v. Rimscha — Riga. Im Allgemeinen stimme ich mit dem Herrn Collegen Otto vollkommen überein. Im Beginn einer Mittelohrentzündung vermeide ich zu «politzern» resp. zu katheterisiren, das Spülen schräuke ich nach Möglichkeit ein, jedenfalls überlasse ich es nie den Patienten selbst.

Was aber die Drainage mit den Watteröhrchen betrifft, so sehe ich darin keinen Vortheil. Die Secretion ist meist so stark, dass es einer besonderen Drainage garnicht bedarf.

Ueber die Behandlungsmethode nach Dr. Löwe kann ich nicht günstig urtheilen. Ich habe einige Patienten gesehen die auf diese Weise von Dr. Löwe behandelt wurden, zur Zeit als ich bei Dr. Hartmann in Berlin arbeitete.

Die Wattekügelchen, die den äusseren Gehörgang vollstopfen, sind nicht im Stande, jedenfalls nicht immer, die reichliche Secretion aufzunehmen und treten, in Folge von Secretstauungen, heftige Schmerzen auf.

Herr College Otto betont die Infection vom äusseren Gehörgang. Ich erinnere mich, dass in einer grossen Ohrenklinik, bei serösem Catarrh des Mittelohres, die Paracentese gewöhnlich ohne vorhergegangene Desinfection des äusseren Gehörganges gemacht wurde, dennoch blieb der Catarrh serös. Die Infectionsgefahr vom äusseren Gehörgang aus, scheint daher doch eine geringe zu sein.

c) Dr. Otto — Jurjew (Dorpat). Ich habe nicht allein von der Behandlung der serösen Catarrhe gesprochen, wie Herr Dr. Voss meinte, sondern nur von der Behandlung der Catarrhe im Allgemeinen. Der eitrige Catarrh ist in gleicher Weise durch eine secundäre Infection gefährdet, obgleich es a priori den Anschein haben könnte, es sei nichts an demselben zu verderben. Berücksichtigen wir, dass jeder Nachschub eines neuen Microbenmateriales den Krankheitsprocess neu verschärft, so müssen wir alles zu vermeiden suchen, was in seinem Endresultate zu einem ominösen Ausgang führen könnte. Ich glaube weiter, mit genügendem Nachdruck darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass die Gefahr von Seiten der Tuba während des Verlaufes des Processes unbeeinflusst weiter besteht, ohne dass wir im Stande wären, diese Gefahr direct zu verhindern.

Ich sehe in meiner Methode eine genügende Massregel um das Mittelohr fortdauernd zu entlasten. Es geschieht dies in einer durchaus reizlosen Weise und hat in allen Fällen auf mich den Eindruck der Nothwendigkeit gemacht, um so mehr, als wir nicht mehr das Recht haben die Luftdouche, ihrer Infectionsgefahr wegen, in Bewegung zu setzen.

Die geschilderte Methode ist gewiss nach irgend einer Richtung zu modificiren, ich würde mich freuen, wenn es dazu käme. Für den Augenblick jedoch giebt es nichts Besseres Eine secundäre Infection, die durch die Wattedrainirung hervorgerufen sein könnte, ist mir bisher nicht begegnet.

d) Dr. v. Rimscha — Riga. Die Watteröhrchen war ich selbst in der Lage zu erproben, als ich einmal von Herrn Dr. Otto behandelt wurde. Ich muss zugeben, dass sie mich keineswegs störten. Doch ich glaube, dass ich dieselben anfangs alle 10 Minuten wechseln musste. Dass auf diese Weise, auch bei der grössten Sauberkeit, Infectionsstoffe in den Gehörkanal gelangen könnten, ist nicht zu bezweifeln. Wenn auch die Infectionsgefahr vom äusseren Gehörgang erfahrungsgemäss nicht zu hoch zu veranschlagen ist, so müssen wir doch nach Möglichkeit dieselben zu vermeiden suchen.

Was den Fall nach der Weber'schen Nasendouche anbetrifft, so glaube ich kaum dass durch Springen auf einem Fuss, bei intactem Trommelfelle, Wasser aus dem Mittelohr durch die Tube abfliessen könnte. Es scheint mir wahrscheinlicher, dass die starke Herabsetzung des Gehörs durch einige Wassertropfen, die den Anfangstheil der Tube verlegt hatten, hervorgerufen war. Diese Tropfen mögen ja in der That zum Theil wieder abgeflossen sein und das Gehör entlastet haben.

e) Dr. Otto. — Jurjew (Dorpat). Was speciell die Methode Löwes betrifft so habe ich das Technischumständliche und das in den Consequenzen nicht Ungefährliche derselben genügend gekennzeichnet. Ich habe namentlich die Unterschiede zwischen dieser, den Gehörgang fast occludirenden Tamponade und meiner lockeren Drainage durch ein einziges, das Mittelohr weder verschliessendes, noch den Gehörgang drückendes Watteröhrchen, scharf auseinandergehalten und daher die Methode Löwes, weil verwerflich, nie der Nachahmung für werth halten können. Nichts destoweniger halte ich das Princip der fortlaufenden Aufsaugung, freilich in anderer Form, für das allein richtige und glaube zur Genüge bewiesen zu haben dass in der reizlosen und leicht durchführbaren Drainage meiner Methode allen billigen Anforderungen entsprochen werden kann.

Dass in Fällen profus einsetzender Secretion das Röhrchen häufig gewechselt werden muss, ist in der That lästig. Dieser Gesichtspunkt dürfte aber nicht massgebend sein wenn, wie ich betonen möchte, es gleichzeitig darauf ankommt den Gehörgang vor den Reizen des massigen Secrets zu schützen. Gerade die frühzeitige Drainage wirkt am besten der diffusen Schwellung entgegen, welche ihrerseits etwaigen Retentionserscheinungen ja nur zu Hilfe kommen muss.

Dass es sich endlich, wie Herr v. Rimscha meint, im qu. Falle mit der Weberschen Douche nur um das Eindringen und Wiederabfliessen weniger Wassertropfen in und aus der Tube, gehandelt haben könne, damit kann ich mich unmöglich einverstanden erklären. Dies ursächliche Moment hätte vielleicht eine vorübergehend schmerzhafte Sensation zu Stande bringen können, nicht aber einen so plötzlichen, nahezu totalen Ausfall eines ursprünglich völlig normalen Gehörs. Ungezwungener erscheint mir daher die Annahme, dass das Wasser bei der, dem kindlichen Alter eigenthümlichen Weite der Tube, ganz direct ins Mittelohr drang, und auf demselben Wege, unterstützt durch das von mir angewandte Verfahren dasselbe wieder verliess.

f) Dr. Voss. — Riga. Ich habe Herrn Dr. Otto keineswegs missverstanden, da es bei dieser Methode nicht auf die Qualität des Exsudates, sondern darauf ankommt, dass de facto diese Methode den einen Zugang verschliesst und den anderen offen lässt. Was die Nasendouche betrifft, so ist dieselbe verlassen, weil die Gefahren die mit ihr verbunden, zu grosse sind. In zwei Fällen beobachtete ich otitis media in Folge von Nasenspülungen. Im ersten Falle trat die Otitis im Verlaufe der Scharlachdiphtherie nach einer Spülung auf. Die Spülung wurde mit einem Heber, aus einer Kaffeetasse, c. 7 cm. Druckhöhe vorgenommen. Die Borlösung floss im Strahl aus beiden Ohren, als der Boden der Tasse sich im Niveau der Zähne befand. Im zweiten Falle war die Druckhöhe nicht zu eruiren.

g) Dr. Otto. — Jurjew. Herrn Dr. Voss möchte ich erwidern, dass es mir bei meiner lockeren Drainage nicht darauf ankommen kann einen Verschluss des Gehörganges, beziehungsweise des Mittelohres herbeizuführen. Ein solches Beginnen widerspräche ja von vornherein dem angestrebten, freieren Abflusse des Paukenhöhlensecretes und der für diese Höhle durch die Drainirung geschaffenen Entlastung. Gegen die, immerhin auch bei jeder andern Behandlungsmethode, und demnach bei breiter Incisionsöffnung des Trommelfells bestehende Infectionsgefahr von Seiten der Tube, stehen uns überhaupt keine absoluten Hilfsmittel zu Gebote. Der einzige Schutz, der freilich nur von sehr bedingtem Werthe sein kann, ist hier wie überall die Unterlassung unzweckmässiger Manipulation, namentlich aber der Fortfall des bei den Patienten so beliebten «Valsalva».

3. Herr Dr. P. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber den Werth der Nasenspülungen». (Erscheint demnächst in der St. Petersburger med. Wochenschrift).

Discussion.

a) Dr. v. Rimscha. — Riga. Nach dem Vortrag des Herrn Coll. Bergengrün müsste jeder Mensch seine Nase spülen, denn ein Jeder ist wohl ab und zu dem Staube ausgesetzt. Das scheint doch entschieden übertrieben. Die Nase bedarf, so lange sie gesund ist, keiner besonderen Reinigung durch Spülungen, ist sie aber erkrankt, so tritt durch die Spülungen keineswegs eine Heilung ein, sondern es muss eine entsprechende Therapie eingeschlagen werden. Herr Coll. Bergengrün macht die Nasenspülungen zu einem Universalmittel und unterschätzt dabei die Gefahr, die bei dieser Methode dem Ohre droht. Was die Erfolge von Nasenspülungen bei den Infectionskrankheiten betrifft, so entzieht sich das meiner Beurtheilung.

b) Dr. Voss. — Riga. Ich muss die Herren Collegen vor den Spülungen der Nase warnen. Die Gefahren, welche mit denselben verknüpft sind, dürfen nicht unterschätzt werden. Bei der Behandlung der Ozäna leistet diese Methode zu wenig, da mit einem so schwachen Druck, wie die Fränkelsche Kanne ihn aufweist, eine Reinigung der Nase von dem zähen Secret unmöglich ist. Um das zu bewerkstelligen, wäre ein bedeutend stärkerer Druck erforderlich. Die Patienten empfinden aber die Verdunstungskälte die während der Spülungen eintritt und die freiere Nasenathmung so angenehm, dass sie immer wieder zu den Spülungen zurückgreifen. Ein so geringer Effect rechtfertigt es aber keineswegs, die Nasenspülungen zum täglichen Gebrauch zu empfehlen, wie Coll. Bergengrün es will, zumal die Gefahren des Auftretens der Otitis media doch allgemein bekannt sind.

c) Dr. Bergengrün. — Riga. Herr Coll. v. Rimscha gab soeben der Meinung Ausdruck dass die gesunde Nase keiner besonderen Reinigung bedürfe; ich bin von der Richtigkeit dieser Anschauung vollständig überzeugt und glaube es auch in meinem Vortrage gesagt zu haben; ich glaube ferner, besonders betont zu haben, dass ich in den Nasenspülungen nicht, wie Herr Coll. v. Rimscha mich verstanden zu haben scheint, ein Heilmittel sehe, sondern nur ein therapeutisches Hilfsverfahren, das die im gegebenen Falle gerade indicirte Therapie, oft sehr wesentlich unterstützen kann. Als symptomatisch-therapeutische Massnahme leistet die Nasenspülung oft grosse Dienste und hat in diesem Sinne auch als Nothbehelf, wo ein gründliches Heilverfahren aus irgend welchen Gründen nicht möglich, ihre gute Berechtigung. — Was die Erfolge der Nasenspülungen bei den Infectionskrankheiten anlangt, so verweise ich auf Prof. Eichhorst Handbuch der spec. Ther. und Path. (5 Aufl.) Seine Ausführungen sprechen für den Werth der Nasenspülungen als therapeutisches Hilfsmoment bei der Behandlung, zunächst der Typhuskranken in unwiderleglicher und schlagender Weise.

Die Herren Collegen Dr. Voss und Dr. von Rimscha meinen ich unterschätze die Gefahren der Erkrankungen des Mittelohres durch die Nasenspülungen; ich glaube indessen auf das Naheliegende und die Grösse dieser Gefahr hingewiesen zu haben. Da ich dieselbe für sehr beachtenswerth halte, erlaubte ich mir gerade, diejenigen Bedingungen und Massregeln hervorzuheben, welche dieser Gefahr vorbeugen sollen und thatsächlich auch können.

d) Dr. v. Rimscha — Riga. Ich habe zufällig erfahren dass in Riga die Fränkelschen Nasenspüler in Menge verkauft werden, natürlich häufig ohne ärztliche Verordnung. Das Publicum ergreift ja mit Vorliebe diejenigen therapeutischen Hilfsmittel mit denen es sich selbst behandeln kann, besonders wenn sie der Specialist rühmt. Wenn es sich nun mit der Zeit herausstellen sollte, dass die Nasenspülungen doch nur eine vorübergehende Linderung schaffen, ja sogar dass sie mit Gefahren für das Ohr verbunden sind, so könnte dadurch die Rhinologie im Publicum discreditirt werden.

e) Dr. von Zur-Mühlen — Riga. Ich meine, dass bei gewissen Formen der Erkrankungen der Nase, wie bei der Ozäna und bei der Necrose des Siebbeis, die Spülungen als ein symptomatisches Hilfsmittel, solange eben keine anderen Behandlungsmethoden bekannt sind, Anwendung verdienen. Ich glaube ferner, dass die Gefahren bei der Anwendung des Fränkelschen Nasenspülers, soweit es sich um die Entstehung einer Otitis media handelt, überschätzt werden.

f) Dr. v. Rimscha — Riga. Um nicht missverstanden zu werden bemerke ich, dass ich die Nasenspülungen durchaus nicht vollständig perhorrescire. Bei der Ozäna wende ich dieselben regelmässig an. Ich verschreibe sie sogar bei einzelnen Formen der Rhinitis scrophul, da der Patient nur durch Spülungen im Stande ist, den zähen Schleim aus der Nase zu entfernen. — Doch ich wollte davor warnen, die Nasenspülungen zu verallgemeinern und sie als zur «Morgentoilette» gehörig hinzustellen.

g) Dr. Voss — Riga. Wenn alle Personen, die Staub in die Nase bekommen, spülen sollten, wer bliebe dann schliesslich übrig?! Wie geringfügig der Druck zu sein braucht, um eine Otitis media hervorzurufen, beweisen der eine von den zwei Fällen die vorhin in Anschluss an den Vortrag des Herrn Dr. Otto erwähnt wurden. Ich bin weit entfernt die Nasenspülungen völlig zu verwerfen; ich habe ja auch beispielsweise deren Nutzen bei der Behandlung der Ozäna hervorgehoben. Ich halte es nur für meine Pflicht gegen die Verallgemeinerung einer Methode zu protestiren, die so wenig leistet und soviel Gefahren mit sich bringt.

h) Dr. Bergengrün — Riga. Natürlich sollen nicht alle Personen, denen Staub in die Nase kommt, deshalb gleich Nasenspülungen vornehmen; das habe ich gewiss nicht gemeint; im Gegentheil, ich habe besonders hervorgehoben, dass diejenigen, welche berufsmässig, dauernd, in besonders stark mit Staub erfüllter Luft Tag ein — Tag aus zu arbeiten, in Sonderheit ihre Stimme anzustrengen haben, bei schon vorhandenem Catarrh der Athmungswege, in den Nasenspülungen ein wirksames Schutzmittel gegen extensives und intensives Weitergreifen der Schleimhauterkrankung finden. Es hat mir ganz fern gelegen, den Gebrauch der Nasenspülungen verallgemeinern zu wollen, wovor die Collegen mit Recht warnen; ich habe aber bei den vorhin besonders namhaft gemachten Gruppen, in einer grossen Zahl von Fällen doch gesehen, dass diese Methode sehr gute Dienste leistete.

Bei der richtigen Handhabung der Fränkelschen kleinen Nasenkanne, ebenso der Nasenspray's, ist die Gefahr für das Mittelohr in der That verschwindend. Bisher habe ich keinen Fall von Erkrankung des Mittelohrs, nach dem Gebrauche dieser Apparate erlebt, und ebensowenig einen derartigen Unglücksfall in der einschlägigen Literatur erwähnt gefunden.

Ich betone nochmals: die Nasenspülungen müssen lege artis gemacht werden, dann brauchen wir eine Otitis media, als Folge derselben, nicht zu befürchten.

4. Herr Dr. C. Dahlfeldt hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber die Arbeitsfähigkeit der Einäugigen"**.

Vortragender berichtet über die Untersuchung einer grösseren Zahl von einäugigen Arbeitern bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit. Die betreffenden Erhebungen sind alle von ihm persönlich ausgeführt, und nicht nur die Arbeiter, sondern auch die Arbeitgeber befragt worden.

Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit, als Folge der Einäugigkeit konnte bei den Untersuchten nicht gefunden werden. In allen Fällen, wo die Einäugigen weniger verdienten als ihre Collegen, war der Minderverdienst durch andere Gründe, als die Einäugigkeit, bedingt. Als solche Gründe konnten ausgesprochen werden: hohes Alter, Kränklichkeit, Trunksucht, Ungeschicklichkeit, geringe Intelligenz, Trägheit u. s. w.

(Der Vortrag wird in extenso an anderer Stelle veröffentlicht werden). (Autoreferat).

Schluss der 4. Sitzung.

d. Z. Secretair: Dr. med. Albert Behr.

Zuschrift an die Redaction.

Sehr geehrter Herr College!

Gestatten Sie mir diese Zeilen an Sie zu richten, um meinen Standpunkt kurz zu präcisiren, den ich in Betreff eines Zwangsisolirungsgesetzes der Leprösen einnehme. Die Veranlassung dazu hat mir die absprechende Haltung geboten, die Herr Prof. Dehio in der Nr. 10 der Peterb. med. Wochenschrift pag. 81 einem solchen Gesetz gegenüber vertritt.

Herr Prof. Dehio spricht die Ueberzeugung aus, «dass, sobald die zwangsweise Isolirung staatlich angeordnet ist, die Leprosorien sich in Gefängnissanstalten verwandeln müssen».

Dieser Ansicht muss ich strict widersprechen. Das Leprosorium ist und bleibt nichts anderes als eine Krankenanstalt

und soll seinen Charakter in keiner Weise ändern, auch wenn **das** gewünschte Gesetz wirklich erscheint. Dieses Gesetz soll **ja keine** gefängliche Internirung vorschreiben. überhaupt die **Praxis** des Leprosorium garnicht berühren, es soll nur die **Möglichkeit** geben eine, gleich näher zu bezeichnende, Kategorie von Leprösen auch gegen ihren Willen aus den Verhältnissen zu entfernen, unter denen sie leben und eine stete, **ganz** besonders grosse, Gefahr für ihre Umgebung sind.

Wie die Anstalt mit diesen wider ihren Willen eingelieferten, voraussichtlich nach keiner Richtung willkommenen **Gästen** fertig wird, hat das Isolirungsgesetz garnicht zu berücksichtigen. Das ist Sache der Verwaltung der Anstalt, **die** mit viel Geduld zwar und einigem Geschick auch ohne **alle** Zwangsmassregeln gelöst werden wird.

Selbstredend werden viele Entweichungen aus der Anstalt vorkommen, aber der immer wieder eingelieferte Kranke wird es schliesslich müde den ungleichen Kampf zu kämpfen, und wenn er auch noch so oft aus der Anstalt entweicht, so ist die Familie doch immer besser daran das kranke Familienglied nur vorübergehend bei sich zu sehen, als dasselbe constant in seinen vier Wänden zu haben.

Wir wollen also nochmals und immer wieder betonen, ein Isolirungsgesetz hat auf den Charakter des Leprosorium als Krankenanstalt durchaus keinen Einfluss.

Das Gesetz soll der Isolirung im Hause möglichsten Spielraum lassen, natürlich unter gehöriger staatlicher Controlle.

Gerade auf dem Lande kann in den einigermassen besser situirten Gesinden die Isolirung garnicht so sehr schwer fallen, ja wird sie von den Bewohnern derselben auch jetzt schon freiwillig geübt. Irgend ein Raum in den, meist in mehreren Exemplaren vorhandenen Nebengebäuden wird zur Aufnahme des Kranken hergerichtet und genügt zur Isolirung namentlich der leichteren Formen vollkommen.

Eine Decentralisirung bei der Errichtung der Leprosorien wäre ein zweites Postulat. Die grösseren Anstalten sind nur dort am Platz wo eine grosse Anzahl Lepröser auf verhältnissmässig kleinem Gebiet angetroffen werden. Die kleinen Lepraheerde müssten ihre Kranken in Asylen unterbringen, deren Herstellung mit einem ganz geringen Kostenaufwand ausgeführt werden kann und den grossen Vorzug hat, dass die Kranken ihre Scholle nicht zu verlassen brauchen und nicht der Möglichkeit beraubt werden, die Ihrigen sehen zu können. Wie segensreich derartige Anstalten wirken können, beweist jenes von M ü n c h beschriebene Asyl in der Kosakenstaniza Naus.

Meiner Ansicht nach ist zu erstreben, dass in Livland nicht einzelne grosse, sondern eine grössere Anzahl kleiner Leprosorien gebaut wird.

In den Bereich des Isolirungsgesetzes würden somit nur diejenigen fallen, welche sich die Ausgaben für eine Isolirung im Hause nicht leisten wollen, oder die sie nicht leisten können.

Die Leprösen jener ersten Kategorie wird man eben nicht viel zu zwingen brauchen, denn da sie die Kosten für die Isolirung zu Hause scheuen, so liegt der kostenfreie Aufenthalt in der Anstalt in ihrem eigensten Interesse.

Was nun endlich diejenigen anbetrifft, die zu arm sind, um zu Hause den Anforderungen einer rationellen Isolirung zu genügen, so sehe ich nicht ein, warum die zwangsweise Ueberführung ins Leprosorium ein so grosses Unrecht sein soll, vorausgesetzt, dass sie daselbst human verpflegt und der Verkehr mit den Ihrigen ihnen unter den gehörigen Cautelen ermöglicht wird. Für die Bettler und Landstreicher wünscht Prof. Dehio selbst eine zwangsweise Internirung in die Leprosorien, wo bleibt denn hier die Respectirung der persönlichen Rechte des Individuum? Und doch haben gerade diese Menschen den aller ungebundensten und stärksten Freiheitsdrang. Ich glaube wenn nur dafür gesorgt ist, dass der Lepröse in der Anstalt alle Bedingungen zu einem behaglichen Dasein findet, wenn er nicht unerreichbar weit von seiner Heimat und von den Seinen entfernt wird, wenn für eine materielle Entschädigung der Seinen für die Einbusse gesorgt wird, die sie an ihren Einnahmen durch die Isolirung des Kranken erleiden, dann begeht das Gesetz durch die Anordnung der Isolirung, auch wenn diese zwangsweise erfolgt, kein Unrecht.

Verlangt doch in den verschiedensten Lebenslagen das Gesetz vom einzelnen Individuum Aufgabe des eigenen Willens, der eigenen Bequemlichkeit u. s. w. zum Besten der Allgemeinheit. Keinem fällt es ein von einem Unrecht zu sprechen, wenn das Gesetz einen von einem lieb gewordenen Besitz, an dem man mit ganzer Seele hängt, expropriirt — zum allgemeinen Wohl.

Ein zu gefühlvoller Standpunkt in dieser Beziehung führt zu der alten Wahrheit, dass summum jus auch summa injuria ist.

Wenn ein Mann mit Lepraknoten und Geschwüren bedeckt, von Einfahrt zu Einfahrt umherzieht und gestützt auf einen in Ordnung befindlichen Pass keine gesetzliche Handhabe zur Isolirung bietet, wenn ein lepröser Taugenichts, trotzdem er seiner Familie zur Last fällt durch seine Ekel erregenden Geschwüre, dennoch gestützt auf seine Hausherrnrechte in der Familie bleibt und womöglich das letzte, was seine Frau verdient vertrinkt, so ist es doch das baare Unrecht, das man der gesunden Familie, den gesunden in den Einfahrten verkehrenden Gästen anthut, wenn man in Respectirung der persönlichen Rechte dieser Leprösen die Gesunden leiden lässt.

Ich glaube wir sind verpflichtet auf ein Isolirungsgesetz hinzudrängen!

Wenn darauf hingewiesen wird, dass die Isolirung ohne Repressivmassregeln in Norwegen Resultate gezeitigt hat, so besteht doch eine gewisse Repressivmassregel auch in Norwegen, da den Leprösen, welche nicht im Stande sind sich zu Hause zu isoliren, jegliche anderweitige Unterstützung entzogen wird, so dass sie dadurch veranlasst werden die Anstalt aufzusuchen. Bei uns liegen in dieser Beziehung die Verhältnisse anders. insofern das Bettlerwesen einstweilen in relativer Blüthe steht und die Existenzmittel auch dem von der Gemeinde nicht Unterstützten doch noch genügend zufliessen.

Trotzdem der Kampf gegen die Seuche in Norwegen ein halbes Jahrhundert dauert, ist die Zahl der Leprösen dort noch immer eine bedeutend grössere als bei uns in Livland. Unsere Leprösenziffer bewegt sich noch innerhalb solcher Grenzen, in denen wir eine Isolirung sämmtlicher Kranken binnen kurzer Zeit realisiren und damit den Kampf gegen die Seuche um ein Erhebliches abkürzen können. Warum sollen wir diesen Kampf mehreren Generationen aufhalsen, während wir mit ihm voraussichtlich während der Lebensdauer einer Generation fertig werden können, wenn wir dabei auch vom einzelnen Kranken ein Opfer in seinen Lebensgewohnheiten verlangen. Es ist besser, dass dieses Opfer gebracht wird. als dass das Verbleiben des Kranken in der Gesellschaft 2, 3 oder mehr ebensolcher Unglücklicher zur Folge hat, wie er es ist.

Wenn Prof. D e h i o es als entsetzlich schildert in der Monotonie eines Aussatzhauses, umgeben, von den abstossendsten Bildern dieser scheusslichen Seuche sein Leben verbringen zu müssen, so ist dabei zweierlei zu berücksichtigen. Erstens soll die Verwaltung der Anstalt bemüht sein die Monotonie nicht zu einer quälenden zu gestalten, und das gelingt schliesslich, je mehr man sich dieser Aufgabe hingiebt, ganz gut.

Zweitens wird von den meisten Insassen eines Leprosoriums der Anblick der Leidensgenossen als garnicht so scheusslich empfunden.

Fast ausnahmslos gehören die Leprösen einer Bevölkerungsschicht an, deren Nervensystem nicht gar zu sensibel ist und bei denen die Gewöhnung an das, was sie sehen, recht bald eintritt. Ist es mir doch vorgekommen, dass ich von Gesunden auf's Inständigste um die Aufnahme in's Leprosorium gebeten wurde! So wollte noch neulich ein Mann, seinem Berufe nach Mechaniker, also doch höher als der Durchschnitt unserer Kranken stehend, sich garnicht mit dem Hinweis darauf abfertigen lassen, dass ihm als Gesunden doch die anderen Wohlthätigkeitsanstalten der Stadt offen ständen. Er wollte in's Leprosorium weil er dort die schöne Waldluft und das bessere Essen dem Aufenthalt in einem der Armenhäuser vorzüge. Wenn also den Gesunden der Anblick der Leprösen nicht schreckt, so kann dieses Bedenken den Kranken gegenüber unsere letzte Sorge sein.

Ich habe mich gedrungen gefühlt dem Leserkreis der Petersburger med. Wochenschrift diesen meinen Standpunkt darzulegen. Ich bin der Meinung, dass soviel wir Aerzte dazu thun können, wir für ein Isolirungsgesetz plaidiren müssen, um den Kampf gegen die Lepra möglichst nachdrücklich zu führen und in möglichst kurzer Zeit zu beenden. Ein solches Gesetz wird unsere Leprosorien nicht daran hindern in wahrhaft humaner Weise das Loos der Kranken zu einer erträglichen zu gestalten, soweit solches in menschlicher Kraft steht.

Dr. A. von B e r g m a n n.

R i g a, 22. März 1897.

Vermischtes.

— N e u e G e s e l l s c h a f t z u r B e k ä m p f u n g a n s t e c k e n d e r K r a n k e i t e n: Es ist leider ein nicht zu leugnendes Factum, dass die gefährlichsten ansteckenden Krankheiten, wie Diphtherie, Typhus etc. bei uns fast nie aufhören und von Zeit zu Zeit in verheerenden Epidemien ausarten, während gleichzeitig schwere chronische Krankheiten, wie Schwindsucht, Syphilis u. a. immer weiter um sich greifen und von Jahr zu Jahr immer zahlreichere Opfer fordern. Diese Zustände lassen es deutlich erkennen, dass die dagegen ergriffenen Massnahmen der Landschafts-Versammlungen, der Kommunal-Verwaltungen und der Regierung nicht ausreichend sind und dass die ganze Gesellschaft und alle gebildeten Stände eingreifen müssen, um dem Uebel zu steuern. Auf Ini-

tiative I. K. H. der Prinzessin Eugenie Maximilianowna von Oldenburg, die bekanntlich stets für menschenfreundliche und gemeinnützige Zwecke ein warmes Interesse besitzt, ist soeben eine neue Gesellschaft ins Leben getreten, die sich die Bekämpfung der Ausbreitung ansteckender Krankheiten zum Ziele gemacht hat.

Die Statuten der Gesellschaft, die auf Anleitung I. K. H. der Frau Prinzessin ausgearbeitet wurden, sind am 5. Juni 1896 bestätigt worden. Danach zählt die Gesellschaft: a. Ehrenmitglieder, die sich um die Zwecke der Gesellschaft besonders verdient gemacht haben; b. Gründer — Mitglieder, die das Protokoll der Stiftungs-Urkunde der Gesellschaft unterschrieben oder demselben ihre Unterschrift vor dem Beginn der Gesellschaftsthätigkeit hinzugefügt haben; c. Förderer — Mitglieder, die in die Gesellschaftscasse nicht weniger, als 100 Rubel auf einmal, oder 5 Rubel jährlich eintragen und d. Mitwirkende Mitglieder, die sich durch persönliche Theilnahme an der Thätigkeit der Gesellschaft auszeichnen.

Von der Mitgliedschaft sind ausgeschlossen: 1) Minorenne, mit Ausnahme solcher, die einen Rang im Staatsdienste besitzen; 2) die im aktiven Militärdienst befindlichen Soldaten. 3) Lernende und 4) Personen, deren Rechte gerichtlich, beschränkt worden sind. Personen, die zu fördernden oder activen Mitgliedern des Vereins gewählt werden wollen, werden ersucht, ihren Wunsch den Gründungs-Mitgliedern zu melden, welche mit Quittungsbüchern zur Annahme von Beiträgen versehen sind. Ebenso können Anmeldungen und Beiträge an das Hofcomptoir Sr. Hoheit des Prinzen Alexander Petrowitsch und Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Prinzessin Eugenie Maximilianowna von Oldenburg, St. Petersburg, Marsfeld, Palais Ihrer Hoheiten gerichtet werden.

Liste der Gründer-Mitglieder: Ihre Kaiserliche Hoheit die Prinzessin Eugenie Maximilianowna von Oldenburg; Seine Hoheit der Prinz Peter Alexandrowitsch von Oldenburg: Palladi. Metropolit von Petersburg und Ladoga. Antonii Erzbischof (Kabinetskaja 17; Alexander Shelobowski (Woskressenski Pr. 18); L. B. Bertenson (Woskressenski Pr. 12); W. M. Bechterew (Ssamarskaja 9); Baron O. O. Buxhövden (Kirotschnaja 48); J. A. Woronin (Wiborger Quai 27/29.); Baronin W. E. Wrangell (Orenburgskaja 4); A. A. Gerke (Wladimirski Pr. 16); P. J. Grazianski (Nikolski-Platz 1); Fürstin M. M. Dondukow-Korssakow (Ssergijewskaja 10); S. I. Jelzina (Kolokolnaja 7); N. P. Sabugin (W. O., 5 Linie 34); A. A. Lövenstein (Gagarinskaja Strasse 12); J. K. Lipinski (Fontanka 140); S. M. Lukjanow (Lopuchinskaja 12): A. A. Naryschkin (Millionnaja 9); E. L. Nobel (Wiborger Quai 19); Baron A. W. von der Pahlen (Gr. Italjanskaja 31); L. F. Ragosin (Kusnetschny Per. 14); K. A. Rauchfuss (Ligowskaja 8); O. N. Rukawischnikow, J. W. Rukawischnikow (Neuer Admiralitäts-Quai 10): A. A. Russow (Liteinaja 53): A. P. Salomon (Nikolajewskaja 38); S. A. Ssmurow (Gorochowaja 19); P. N. Tarnowski, W. M. Tarnowskі (Moika 104); Fürst E. E. Uchtomski (Schpalernaja 26); N. E. Frinowski (Pet. Seite, Gr. Prosp. 84); N. F. Tschigajew (Gagarinskaja Strasse 12): Graf S. D. Scheremetjew (Fontanka 34) Gen. S. A. Ellis (Festung, Wohnung des Commandanten.)

(St. Petersburger Zeitung.)

— Der ordentliche Professor emer. der militär-medicinischen Academie und berathendes Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités und des Medicinalraths beim Ministerium des Innern, — Academiker wirkl. Staatsrath Dr. Iwanowski ist nach Ausdienung der gesetzlichen Jahre seiner Stellung als Professor der Academie enthoben worden, unter Belassung in seinen übrigen Aemtern und Würden. Prof. Iwanowski las früher an der Academie über pathologische Anatomie, übernahm aber nach Pensionirung Prof. Ssorokins den Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin und Toxikologie.

— Der Prosector der Kasanschen Universität Dr. A. J. Bodbielski hat sich als Privatdocent für pathologische Anatomie an der genannten Universität habilitirt.

— Als Candidaten für den Lehrstuhl der Dermatologie und Syphilidologie an der Charkower Universität, welcher durch die Verabschiedung Prof. Brujew's vacant geworden ist, haben sich, wie die «Medizina» erfährt, die Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Peter Grazianski und Alex. Trapesnikow gemeldet.

— Die von dem verstorbenen Medico-Chirurgen Nikolai Juschenow im Betrage von 3250 Rbl. gestiftete Prämie für die hervorragendste Arbeit oder Erfindung in den medicinischen Wissenschaften ist in diesem Jahre zum ersten Mal zur Verteilung gelangt und von der militär-medicinischen Academie dem Professor der Kiewer Universität Dr. Walerian Podwyssotzki für sein Werk: «Grundzüge der allgemeinen Pathologie» zuerkannt worden. Die nächste Verleihung dieser Prämie findet erst nach fünf Jahren statt. Zur Bewerbung um diese Prämie waren diesmal Arbeiten von 7 Aerzten der Conferenz der Academie vorgestellt worden.

— Verstorben: 1) Am 28. März in St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. Anton Walther nach langjährigem schweren Leiden im Alter von 68 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Deutschland und war als 16jähriger Jüngling von dort nach St. Petersburg gekommen, wo er die Petrischule besuchte und sich dann dem Studium der Medicin an der medico-chirurgischen Academie widmete. Nach Absolvirung seiner Studien im Jahre 1853 wurde er Militärarzt und war als solcher während des Krimkrieges auf dem Kriegsschauplatze unter Pirogow und dann während des polnischen Aufstandes (1863) als Leiter eines Feldlazareths thätig. Im Jahre 1865 gab er den Militärdienst auf und wurde Arzt am hiesigen Nikolai-Waiseninstitut, an welchem er bis 1891 als Oberarzt fungirte, um sich dann ganz der Privatpraxis — so lange sein Gesundheitszustand es zuliess — zu widmen. 2) Am 27. März plötzlich im Eisenbahnwaggon der hiesige Arzt Alexander Liederwald, 38 J. alt, auf der Reise nach der Grenze von Afghanistan, wohin er von der Allerhöchstbestätigten Commission zur Verhütung der Einschleppung der Pest abcommandirt worden war. Als Candidat der Naturwissenschaften trat A. in die militär-medicinische Academie ein, an welcher er 1887 den Arztgrad erlangte. Schon als Student der Academie nahm er an einer Expedition nach dem nördlichen Uralgebirge theil und studirte die anthropologischen und ethnographischen Eigenheiten des im Aussterben begriffenen Wogulenstammes. Er war auch einige Jahre Arzt in dem Mineralbade Druskeniki. 3) In Tichwin (Gov. Nowgorod) der Landschaftsarzt Le Dentu im 32. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich bei der Behandlung einer am Typhus darniederliegenden Familie zugezogen hat. Seine Frau ist mit zwei unmündigen Kindern ohne jegliche Existenzmittel zurückgeblieben. — 4) In Tübingen der Professor der Gynäkologie Dr. J. v. Säxinger im 65. Lebensjahre. Nachdem er 9 Jahre als Assistent des berühmten Gynäkologen Prof. Seyfert in Prag fungirt, wurde er 1868 als Ordinarius nach Tübingen berufen.

— Zu Präsidenten der medicinischen Prüfungscommission der Universitäten sind ernannt worden: bei der Kiewer Universität — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, Prof. emer. J. Lasarewitch; bei der Kansanschen Universität — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung Dr. A. Raszwetow (Chirurg.); bei der Charkower Universität — der Professor der Kasanschen Universität Dr. Gay. Für die Moskauer med. Prüfungscommission ist, wie bereits gemeldet haben Prof. Danilewski (Carkow) zum Präses ernannt worden.

— Die Krakauer Professoren Dr. Rydygier (Chirurg.) und Dr. L. Gluzinski (Therapeut) sind als ordentliche Professoren an die Universität Lemberg berufen worden.

— Die kurländische Gouvernements-Medicinalverwaltung beging am 22. März in Mitau das hundertjährige Jubiläum ihres Bestehens. Zur Feier dieses Tages fand, wie wir der «Mitau'schen Zeitung» entnehmen bei dem Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Woiczechowski ein Diner statt, zu welchem ausser den Gliedern der Medicinalbehörde auch einige zu derselben in naher Beziehung stehende Aerzte geladen waren. Von dem genannten Medicinalinspector ist auch am 22. März in der «Kurländischen Gouvernements-Zeitung» eine ausführliche Geschichte der kurländischen Medicinalbehörde veröffentlicht worden.

— In St. Petersburg weilt seit dem 24. März die von uns bereits erwähnte Lepra-Commission, welche von der deutschen Regierung zum Studium der Leprosorien in Russland, speciell in den baltischen Provinzen abgesandt ist. Die Entsendung der Commission ist, wie die «Deutsche med. Wochenschrift» mittheilt, auf eine von dem russischen Minister des Innern gleichzeitig an die deutsche Reichsregierung und an die preussische Staatsregierung gerichtete Einladung zurückzuführen. Dieser Einladung hat die erstere durch Abordnung des Regierungsraths Dr. Kübler vom Reichsgesundheitsamt, die letztere durch Abordnung des Oberstabsarztes Professor Dr. Kirchner (Hanover) und des Kreisphysikers Dr. Urbanowicz in Memel entsprochen. Die Commission hat unter Führung des von unserem Medicinaldepardement ihr zucommandirten Prof. Dr. O. v. Petersen das Institut für Experimental-Medicin sowie die hiesigen Hospitäler besichtigt und ist von hier in den Jamburg'schen Kreis gereist um das Lepraasyl Kaiser Alexander III. zu besuchen. Von dort begeben sich die Commissionsmitglieder in die Ostseeprovinzen, wo sie die Einrichtungen der mit privaten Mitteln errichteten Leprosorien in Nennal, Jurjew (Dorpat), Wenden und in Kurland studiren werden.

— Der XV. deutsche Congress für innere Medicin findet in diesem Jahre ausnahmsweise zu Pfingsten (v. g. 12. Juni) in Berlin unter dem Präsidium Prof. v. Leydens statt.

— Ein internationaler Congress für gerichtliche Medicin wird in diesem Jahre vom 2—7. August in Brüssel abgehalten werden. Generalsecretär desselben ist Dr. Camille Moreau in Charleroi.

— Die französische Kammer hat zur Deckung der Ausgaben, die dem Staate durch die Abwehr der Pets verursacht werden, 257,000 Frcs. einstimmig bewilligt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. März d. J. 8166 (118 wen. als in d. Vorw.), darunter 745 Typhus — (38 wen.), 869 Syphilis — (38 wen.), 188 Scharlach — (17 wen.), 108 Diphtherie — (14 mehr, 144 Masern — (2 wen.) und 29 Pockenkranke — (1 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 29. März 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
401	296	697	151	73	114	14	9	27	58	79	34	59	36	33	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1. Pocken 2, Masern 26, Scharlach 9, Diphtherie 28. Croup 0, Keuchhusten 5. Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 5, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 18. Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 59, Todtgeborene 35

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. April 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. April 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Irene Marie **Chomse**, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Frau **Amalie Schulze**, Фонтанка № 137, кв. 119.

Marie **Winkler**, уг. Соляннова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

BAD ELSTER,

Königreich Sachsen.

Alkalische Eisenquellen, eine Glaubersalzquelle (die Salzquelle) und **eine lithion- und eisenhaltige Quelle (die Königsquelle). Kohlensäurereiche Stahlbäder, Moorbäder von Eisenmineral-Moor, elektrische und Fichtennadelextractbäder, kohlensaure Bader** System **Fr. Keller, künstliche Salz- und Soolbäder, Dampfsitzbäder, Molken, Kefir. Personal für Massage.** Wasserleitung von Quellwasser. Reichbewaldete Umgebung. Die Parkanlagen gehen unmittelbar in den Wald über.

Bahnstation, Post- und Telegraphenamt. Protestantischer und katholischer Gottesdienst.

Frequenz 1896: 7473 Personen. **Kurzeit: 1. Mai bis 30. September.** Vom 1. bis 15. Mai und 1. bis 30. September ermässigte Bäderpreise. Für die vom 1. September an Eintreffenden halbe Kurtaxe.

Täglich Concerte der **Königlichen Badecapelle, gutes Theater, Künstler-Concerte**, Spielplätze für Kinder und Erwachsene (u. a. Lawn Tennis).

Neuerbautes Kurhaus mit Kursaal, Speise-, Spiel-, Lese-, Billard- und Gesellschaftszimmer. Elektrische Beleuchtung.

Versandt von Moorerde und Mineralwasser in vorzüglicher, haltbarer Füllung. **Ausführliche Prospecte postfrei durch die**

(34) 3—3. **Königliche Bade Direction.**

Klimat. Wald-Curort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA“

Besitzthum des Grafen **PLATER-SYBERG**, 7 Werst von Dwinsk, auf dem hohen Ufer der Düna, in malerisch schöner, gesunder Gegend, inmitten eines alten ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung.

Saison vom 10. Mai bis zum 10. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen Vorrichtungen, so z. B.: Wannenbäder aller Art, Douchen verschiedener Systeme, römische Bäder, u. s. w. Moorbäder, Massage und Gymnastik. — 3 grosse Pensionate mit möblirten Zimmern. Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. pro Person und pro Tag. Apotheke, Restaurant, Musik und Theater.

Dr. Noischewsky's grosse, neu eingerichtete Augenklinik mit beständigen Betten. 80 im Walde isolirt gelegene, vollständig möblirte Datschen mit Geschirr, liegen verstreut und eignen sich vorzugsweise für Familien. Genaue Auskunft ertheilen: **чрезъ гор. Двинскъ на ст. Ликсна, въ Администрацію „Погулянки“**, oder bis zum 10. Mai in **St. Petersburg Dr. med. ARRONET, Знаменская ул. 38**, Dienstag, Donnerstag und Sonnabend um 1 Uhr. (37) 3—2.

Antiphthisin und Tuberculocidin-Klebs,

aus dem Laborat. von Prof. Dr. **Edwin Klebs** (Strassburg i. E.), Product. d. Laborat. 1896: 700 Lit. Tub.-bac.-Cultur. Broschüre zur Information für Aerzte gratis. Generaldepôt für Russland: **Th. Auspach's** Apotheke in **Riga.**

Ich habe mich in **BAD ELSTER** *als BADE-ARZT u. FRAUENARZT nidergelassen und wohne Villa „PRINZ-GEORG“.*

Dr. GEMMEL,

Kgl. preuss. Sanitätsrath.

Ehrenmitglied d. Vorstandes d. Diaconissenhauses zu Posen, Ritter.

Cur- und Seebad PERNAU in Livland.

Saison vom 20. Mai bis zum 31. August.

Bahnverbindung über Walk. Dampferverbindung über Riga.

Adressen der Aerzte: Dr. Behse, Badestr. Nr. 5. Schneider, Königsstr. Nr. 1. Dr. Koppe, Karristr. Dr. Kröger, Wasserstr. Nr. 13. Elbing, Rigasche Str. Nr. 9. Dr. Stillmark. Königsstr. Nr. 15. Sohn, Revalsche Poststr. Nr. 21.

(26) 4—2. Nähere Auskünfte gratis durch die **Bade-Verwaltung.**

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel (HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.

Velociped

(Seidel & Naumann) gut erhalten, vorzüglich für einen schwereren Fahrer **wird billig verkauft. Мѣщанская 22, кв. 7.**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Specielle Diätetik u. Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen

von Dr. **Felix Blumenfeld.**

1897. gr. 8. Preis 2 M. 80 Pf.

Книжный магазинъ К. Л. Риккера С.-Петербургъ, Невскій просп., 14.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

всѣхъ вѣдомствъ

на **1897**-й годъ (XXIX годъ изданія)

подъ редакціей проф. **В. К. Анрепа** и **Н. А. Воронихина**, при постоянномъ сотрудничъ. **П. Н. Булатова.**

Цѣна за три части съ карандашомъ: въ коленкор. переплетѣ 2 рубля, въ кожаномъ 2 р. 30 к. Пересылка 30 коп.

Продается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg

Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

«Будаки». Курортъ близъ Аккермана. 1897, Rbl. 0.10.

Галанинъ, М., Бубонная чума. Этіологія, симптоматологія и профилактика. 1897, Rbl. 2.25.

Зендтнеръ, Р., Химическое изслѣдованіе воды для питья. Перев. съ нѣмецк. 1897, Rbl. 1.00.

Cantlie, S., Замѣтки о лѣченіи бубонной чумы. 1897, Rbl. 0.15.

Довв. ценз. Спб. 5 Апрѣля 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 12. (24.) April **1897**

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ein Beitrag zur topischen Diagnose der Gehirnerkrankungen auf Grund von Augenstörungen.

Von

Dr. E. Blessig.

Vortrag, gehalten im Deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 10. März 1897.

M. H.! Auf dem Gebiete der Gehirnkrankheiten treffen so oft, wie kaum auf einem andern, die Vertreter verschiedener Specialfächer zusammen. Hier begegnen sich innere Medicin und Chirurgie, Neurologie und Ophthalmologie, und noch andere Disciplinen in gemeinsamer Arbeit an der Lösung theoretischer Fragen und practischer Heilaufgaben. Das ergiebt sich aus der centralen Bedeutung des Gehirns, aus seinen Beziehungen zu allen Organsystemen, aus der Vielseitigkeit und Lebenswichtigkeit seiner Functionen. Wie innig insbesondere der Zusammenhang zwischen Gehirn und Auge ist, lehrt schon die Thatsache, dass der lichtempfindende Apparat, Netzhaut und Sehnerv, morphologisch einen Theil des Gehirns selbst darstellt; dass ausserdem noch drei Hirnnerven (III, IV, VI) ganz, und einer (V) theilweise für das Auge bestimmt sind, und dass dieses auch mit seinen Blut- und Lymphbahnen in das Stromgebiet der grossen intracraniellen Gefässe und Lymphräume eingeschaltet ist. Das erklärt die Häufigkeit und Vielgestaltigkeit der Augenstörungen bei Erkrankungen des Gehirns und lässt uns ihre hohe Bedeutung für die Beurtheilung der letzteren recht verstehen. Der semiotische Werth der Augensymptome bei Hirnleiden steigt mit der Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntnisse von dem innern Zusammenhange beider. Hier eröffnet sich noch der anatomischen und experimentellen, wie der klinischen Forschung ein weites Arbeitsfeld. Wie eifrig es von verschiedenen Seiten bearbeitet wird, das zeigt uns die alljährlich mächtig anschwellende einschlägige Literatur, welche sowohl von der neurologischen wie von der ophthalmologischen Fachpresse geliefert wird. Im praktischen ärztlichen Leben aber geben Fälle von Gehirnerkrankungen besonders oft Veranlassung zur Consultation zwischen dem inneren Mediciner und Nervenarzt einerseits und dem Augenarzt andererseits. Einmal wünscht der Letztere zur richtigen Deutung der am Auge constatirten Veränderungen eine allseitige Untersuchung und Begutachtung des gesammten Nervensystems; ein ander Mal erwartet der behandelnde Arzt von einer speciellen Untersuchung der Augen eine genauere Präcisirung der Diagnose, und damit der Prognose, eventuell auch der Therapie des vorliegenden Hirnleidens.

Zwei Dinge sind in solchen Fällen hauptsächlich Gegenstand der Berathung: 1) Die Natur des cerebralen Processes, 2) der Sitz der Läsion im Gehirn. Wie werthvoll die Augenstörungen gerade für die topische Diagnose der Gehirnkrankheiten sein können, das ist ja aus tausendfältiger Beobachtung und Erfahrung allbekannt. Dennoch dürfte die Veröffentlichung solcher Fälle, in denen eine genaue Localisation der Hirnläsion intra vitam möglich war und später durch Autopsie, sei es bei der Section oder bei etwaigem operativem Eingriff, als richtig bestätigt wurde, immer gerechtfertigt sein. Denn je grösser das klinische und anatomische Beweismaterial ist, auf das wir uns stützen, umso sicherer begründet werden unsere anatomischen Anschauungen sein können, umso präciser unsere Diagnosen, umso einsichtsvoller oft auch unser therapeutisches oder operatives Handeln.

Indem ich mir erlaube, Ihnen, M. H.!, heute zwei casuistische Beiträge zur topischen Diagnose der Gehirn-

erkrankungen zu liefern, scheint es mir nicht überflüssig, zunächst klarzustellen, welche Augenstörungen überhaupt, und unter welchen Bedingungen, für die Localisation einer Hirnläsion zu verwerthen sind. Hierbei ist erstens festzuhalten, dass es immer nur die Functionsstörung, nicht die sichtbare anatomische Veränderung am Auge ist, welche uns zur Localisation führen kann. Daher giebt uns auch der ophthalmoscopische Befund, so werthvoll er für die Erkenntniss von Hirnleiden im Allgemeinen ist, in dieser Richtung keinen Aufschluss. Die am Augenhintergrunde sichtbaren Veränderungen (Neuritis, Stauungspapille, Atrophie des Sehnerven etc.) lassen wohl auf die Art des cerebralen Processes (ob Tumor, Meningitis etc) nicht aber auf den Ort der Läsion schliessen. Zu den functionellen Vorgängen im und am Auge, deren regelrechter Ablauf von der Integrität bestimmter cerebraler Bahnen und Centren direct abhängt, gehören: 1) der Sehact 2) das Spiel der Pupillen 3) die Bewegungen des Auges. Zu den Symptomen, welche für die topische Diagnose zu verwerthen sind, gehören daher: 1) Sehstörungen, und zwar wegen der Halbkreuzung der optischen Bahnen, hauptsächlich die hemianopischen Störungen des Gesichtsfeldes. 2) Störungen der Pupillen, ihrer Weite, Beweglichkeit und Reaction. 3 Störungen der Augenmuskeln, in Form von Lähmungen oder Krämpfen. Als zweites ist zu betonen, dass niemals die einzelnen Störungen an sich, sondern nur ihre charakteristischen Combinationen miteinander oder mit sonstigen Hirnsymptomen die topische Diagnose ermöglichen. Nur solche Läsionen sind mit Sicherheit zu localisiren, welche Kreuzungs- oder Berührungspuncte verschiedener functioneller Bahnen im Gehirn treffen. Eine homonyme Hemianopsie, z. B., die Lähmung eines Augenmuskel-Nerven zeigt uns, solange sie isolirt ist, nur an, dass die betreffende Bahn an irgend einer Stelle ihres Verlaufes lädirt ist, nicht aber, wo die Läsion stattgefunden hat[1]). Treten dazu andere Störungen, verursacht durch Läsion solcher Bahnen, welche sich mit der ersten an bestimmten Stellen berühren, dann erst wird eine genauere Localisation möglich. Die beiden Fälle, die ich Ihnen, m. H.!, heute mittheilen möchte, werden Ihnen das Gesagte erläutern.

In dem ersten derselben handelt es sich um Combination einer Hemiplegie mit gleichseitiger Hemianopsie und gekreuzter Oculomotorius-Lähmung, im zweiten um Combination von Augenmuskel-Lähmungen mit Störungen der Sensibilität. Den ersten Fall habe ich in der privaten Praxis gemeinsam mit den Herren Collegen DrDr. Lindes, Masing und Moritz beobachtet, der zweite betrifft einen Patienten des Deutschen Alexander-Hospitals, den zu untersuchen ich von Dr Moritz aufgefordert wurde Die Section wurde im ersten Falle von Dr. Westphalen, im zweiten von Dr. Wichert ausgeführt. Allen den genannten Herren Collegen sage ich für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen besten Dank!

Die Krankheitsgeschichten und Sectionsprotokolle theile ich hier nur in kurzem Auszuge mit.

Fall I.

Herr E. B. 68 J. alt Kaufmann, bisher immer gesund. Am 27. Sept. 1892 nach leichten prodromalen Erscheinungen schubweise und ohne Verlust des Bewusstseins eintretende linksseitige Hemiplegie, einschliesslich des untern Facialis;. gleichzeitig damit allmählich zunehmende Ptosis des rechten Oberlides; keine Störungen der Sensibilität. Am 2. October ist die Motilität der linken Extremitäten zum Theil wiedergekehrt, der rechte Oculomotorius fast vollständig gelähmt, besonders der Levator palpebrae und der Rectus internus (vollständige Ptosis, Beweglichkeit des Auges nach innen ganz aufgehoben, nach oben und unten beschränkt); rechte Pupille nicht weiter wie die linke, reagirt aber gar nicht auf Licht. Vollständige linksseitige homonyme Hemianopsie mit verticaler Trennungslinie. Eine Prüfung auf die «hemianopische Pupillenreaction» (Wernicke) lässt sich an dem bettlägerigen, wenig aufmerksamen Patienten nicht mit der nöthigen Genauigkeit vornehmen. Augenhintergrund beiderseits durchaus normal. Ueber Sehstörung wird nicht geklagt, ebensowenig über Doppelsehen (wol wegen der Ptosis!) Allgemeine Arteriosklerose.

Diagnose: Die Erscheinungen bestanden in: linksseitiger Hemiplegie einschliesslich des untern Facialis (aber ohne Anaesthesie!) linksseitiger homonymer Hemianopsie und rechtsseitiger, also mit der Hemiplegie und Hemianopsie gekreuzter Oculomotoriuslähmung (wechselständiger, alternirender.) Es mussten also betroffen sein: die zur linken Körperhälfte gehende motorische (Pyramiden-) Bahn oberhalb ihrer Kreuzung also rechts, die den linken Gesichtsfeldhälften entsprechende rechte optische Bahn und der rechte Oculomotorius. Es giebt nur eine Stelle, an welcher diese drei Bahnen so nahe bei einander liegen, dass sie durch eine umschriebene Läsion gemeinsam getroffen werden können, nämlich am Hirnschenkel, dort wo der Tractus opticus, vor seinem Eintritt in die sogenannten optischen Ganglien (Pulvinar, Corpus quadrigeminum, Corpus geniculatum) sich lateral an den Pedunculus cerebri anlegt, und wo die Wurzelfasern des Oculomotorius den letzteren zum Theil durchsetzen, um an seiner medialen Seite als Oculomotorius-Stamm zum Vorschein zu kommen (Abbildung. Flatau, Edinger[2]). Sowohl die Hemiplegie wie auch die Hemianopsie hätten

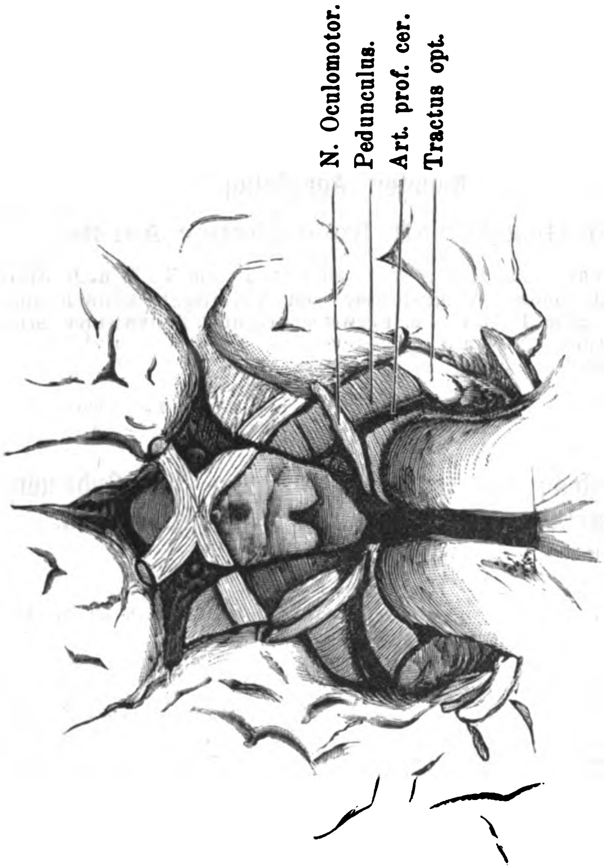


Fig. I nach Flatau (schematisirt).

auch durch einen Herd in der innern Kapsel erklärt werden können, dass die Hemianopsie durch eine Läsion des Tractus opticus und nicht durch eine solche oberhalb der optischen Ganglien, etwa in der innern Kapsel, bedingt war, das hätte nur durch den Nachweis der hemianopischen Pupillenreaction mit Sicherheit bewiesen werden können; dieser Beweis konnte freilich wegen äusserer Schwierigkeiten bei der Untersuchung nicht erbracht werden. Immerhin wäre durch die Annahme eines Herdes in der innern Kapsel die Oculomotorius-Lähmung nicht erklärt gewesen. Gerade die mit Hemiplegie gekreuzte (wechselständige) Oculomotorius-Lähmung ist aber wegen der erwähnten anatomischen Verhältnisse characteristisch für Affectionen des Hirnschenkels[3]). Die Lähmung hatte über-

[1]) Eine nur scheinbare Ausnahme von dieser Regel bilden einige Störungen, welche sich gerade dadurch localisiren lassen, dass sie streng isolirt auftreten, wie z. B.: die eigentliche Reflexstarre der Pupille (reflector. Pupillenstarre), die nucleäre Accomodations- und Pupillenlähmung etc.

[2]) cfr. Fig. I.

[3]) cfr. Moebius. Allgem. Diagnostik der Nervenkrankh. 1886 p. 71. Mauthner. Augenmuskellähmungen. p. 391—94. Strümpell. Lehrb. d. spec. Path. und Ther. II. 1. 1887. p. 348. Nothnagel. Topische Diagnostik. p. 198. 199. 203.

dies in unserem Falle durchaus den Character einer «fasciculären», nicht einer Stammlähmung (successives und ungleiches Betroffensein der verschiedenen Zweige des Nerven! Verschontbleiben des Sphincter pupillae?) auch das wies auf jene Stelle, an welcher die einzelnen Wurzelfasern erst zum Nervenstamm zusammentreten. Auf Grund dieser Erwägungen lautete die Diagnose auf Läsion des rechten Hirnschenkels, in seinem untern Theile (im sog. «Fuss»). Blutung oder Thrombose im Bereiche der diese Hirntheile versorgenden Arteria profunda cerebri (Art. cerebri posterior) dextra.

In der darauf folgenden Zeit geht die Oculomotoriuslähmung allmählich und schrittweise zurück; zuerst kehrt die Pupillenreaction wieder, dann die Beweglickeit des Rectus internus, zuletzt schwindet im Laufe von Monaten die Ptosis. Die Beweglichkeit der linken Extremitäten kehrt gleichfalls, wenn auch nicht vollständig, wieder; Patient kann mit dem Stock gehen. Die Hemianopsie bleibt unverändert. Sprache gut. Gedächtniss geschwächt.

Am 24. Nov. 1893 plötzlich mehrere epileptiforme Anfälle; einige Tage anhaltende Trübung des Bewusstseins. Keine neuen Lähmungen. Längere Zeit hindurch erhöhte Temperatur, anfangs bis 38,5 später subfebril, ohne dass irgend welche locale Affectionen nachweisbar wären. Patient ist schwach, meist sehr apathisch; das Gedächtniss in sehr eigenthümlicher Weise gestört: für manche weit zurückliegende Ereignisse bis ins Detail erhalten, für die jüngste Vergangenheit fast ganz geschwunden. Patient sieht und hört gut, weiss aber das Gesehene und Gehörte oft nicht zu deuten, scheint manchmal «seelenblind» und «seelentaub». Im December ist die Beweglichkeit sowohl der linken Gesichtshälfte wie auch der linken Extremitäten, wenn auch nicht normal, so doch gut. Herzthätigkeit schwach, arhytmisch, erster Ton unrein. Eine am 7. December vorgenommene Untersuchung der Augen ergiebt folgendes: Die Hemianopsie unverändert, Pupillenweite und Reaction gleich, normal; Beweglichkeit beider Augen gut, die Lähmung des rechten Oculomotorius ist ganz geschwunden, Augenhintergrund beiderseits normal.

Die Diagnose wurde aufrecht erhalten; das Schwinden der Oculomotoriuslähmung liess annehmen, dass die Nervenfasern beim Insult nur comprimirt, nicht zerstört worden waren. Beachtenswerth war die Reihenfolge, in welcher die Ausfallserscheinungen erst aufgetreten und dann wieder theilweise geschwunden waren; zuerst, und zwar gleichzeitig, traten Hemianopsie und Hemiplegie, letztere allmählich und schubweise, auf; dann folgte die Oculomotorius-Lähmung, die gleichfalls nur allmählich und schubweise sich zu einer vollständigen Paralyse aller exterioren Muskelzweige des Nerven entwickelte. Im weiteren Verlaufe schwand zuerst und vollständig die Oculomotorius-Lähmung, später und nur unvollständig die Hemiplegie, gar nicht die Hemianopsie. Diese Reihenfolge der Erscheinungen führte zu der Annahme, es habe an der Hirnbasis, an der untern und lateralen Seite des rechten Hirnschenkels eine Blutung aus der Arteria cerebri profunda stattgefunden, welche von aussen nach innen fortschreitend zuerst und am schwersten den Tractus opticus, dann den Hirnschenkel, zuletzt und nur indirect die in dessen medialem Theile verlaufenden Fasern des Oculomotorius lädirt hätte[4]).

Die später auftretenden epileptiformen Anfälle wurden auf eine von der ersten Läsion getrennte Affection an der Convexität des Gehirns (Blutung oder entzündliche Vorgänge?) bezogen.

Am 25. Februar 1894 plötzliche Temperatursteigerung bis 39,5°. Am nächsten Tage wird eine rechtsseitige Pneumonie constatirt, welcher der Kranke unter zunehmender Herzschwäche bereits am 27. Februar erliegt.

Section am 28. Februar:

Allgemeine hochgradige Arteriosklerose, besonders stark an den Gehirnarterien. Am Herzen keine Myokarditis, keine Thrombose der Coronararterien. Pneumonia crouposa rechts.

Befund am Gehirn: Diffuse Verfärbungen an der Innenfläche der Dura mater, sowohl an der Convexität als auch an der Basis (vielleicht Reste von Haematomen oder pachymeningitischen Processen?) chronische Leptomeningitis fibrosa der Convexität. Rigide Arterien der Hirnbasis; die rechte Arteria profunda cerebri verstopft, zeigt kein, oder ein nur ganz kleines Lumen, der rechte Pedunculus cerebri verkleinert, schmäler und platter als der linke; in der Substantia nigra des Hirnschenkels eine verfärbte Stelle (alter Erweichungsherd?). Gyri der Stirnlappen etwas verdünnt und zugeschärft, im Uebrigen Hemisphären, Cerebellum und Ganglien normal

Durch die Autopsie wurde mithin die Diagnose insofern bestätigt, als eine Läsion des Hirnschenkels thatsächlich constatirt wurde; doch wurde anstatt der extrapedunculären Blutung ein intrapedunculärer Herd neben Atrophie des ganzen Hirnschenkels und Obliteration der ganzen Art. profunda cerebri (Art. cerebri post.) gefunden. Dass zu Beginn der Erkrankung, zur Zeit des ersten Insultes, also etwa $1^1/_2$ Jahre ante mortem an dieser Stelle eine comprimirende Blutung stattgehabt haben mochte, ist nicht von der Hand zu weisen. angesichts der vielfachen Verfärbungen an der Innenfläche der Dura mater, sowohl der Basis wie auch Convexität, welche sehr wohl als Reste früherer Blutungen gedeutet werden können. Doch findet das ganze Symptomenbild auch ohne diese Annahme eine genügende Erklärung in dem Verschluss der Art. cerebri profunda. Die Hemianopsie gehört nicht eigentlich zum Bilde einer Hirnschenkelläsion und wird durch die intrapedunculären Veränderungen durchaus nicht erklärt; sie hatte aber, im Verein mit den eigentlichen Hirnschenkelsymptomen (Hemiplegie und gekreuzte Oculomotorius-Lähmung) zur Annahme eines basalen, extrapedunculären Herdes geführt.

Nach der Autopsie erklärt sich die Hemianopsie in anderer Weise: auch sie muss nun als directe Folge des Verschlusses der Arteria profunda cerebri angesehen werden. welche auch die Sehsphäre des Hinterhauptlappens versorgt. Mithin ist die Hemianopsie in diesem Falle als eine corticale, nicht als Tractushemianopsie aufzufassen. Der hier beobachtete Symptomencomplex, bestehend in Hemiplegie, gekreuzter Oculomotorius-Lähmung, und mit ersterer gleichseitiger Hemianopsie (d. h. also Hirnschenkelsymptome plus Hemianopsie) dürfte characteristisch für den Verschluss der Arteria cerebri profunda (Art. cerebri posterior) sein[5]).

Fall II.

Herr F. H. 49 J. alt, Instrumentenmacher, hat vom 6. Nov. 1894 bis z. 11. Februar 1895 im Deutschen Alexander-Hospital gelegen (Krankenbogen Nr. 4596) mit einer pyaemischen Erkrankung, welche sich im Anschlusse an eine entzündliche Affection der Nase entwickelt hatte Unter wiederholten Temperatursteigerungen bis 39,0° und drüber, Schüttelfrösten, bildeten sich an verschiedenen Körperstellen subcutane und intramusculäre Abscesse. Von diesen wurden mehrere incidirt: an der rechten Halsseite, an der rechten Wade, am linken Unterschenkel und am linken Schlüsselbein. Sämmtliche Incisionswunden heilten sehr langsam unter spärlicher Secretion und mangelhafter Granulation. Ende December bis Anfang Januar ausserdem noch linksseitige Pleuritis (links hinten unten). Bei der Entlassung des Pat. am 11. Februar hatten sich die nach den Incisionen entstandenen Fisteln alle geschlossen, mit Ausnahme der einen an der linken Clavicula. Temperatur normal. Allgemeinbefinden gut.

Im October 1895 wurde Pat. wiederum ins Hospital aufgenommen, (Krankenbogen Nr. 5170), zwecks Resection der I. linken Rippe, welche in Folge des Abscesses dieser Gegend nekrotisch geworden war. Operation am 7. October, anfangs gute Heilung, nur zweimalige vorübergehende Temperatursteigerungen bis 38,4°. Bei der Entlassung am 28. October normale Temperatur, gutes Befinden, gut granulirende Wunde.

Schon am Abend nach der Entlassung am 28. October traten Vertaubungsgefühle im Gesicht, in der Zunge und im rechten Arm auf, danach unter Ansteigen der Temperatur bis 39,4° in rascher Aufeinanderfolge: Ptosis, Schlingbeschwerden, Lähmung des Gaumensegels. Aufgenommen ins Hospital am 31. October (Krankenbogen Nr. 5220). Status: die Vertaubungen im Gesicht und

---

[4]) cfr. Wilbrand. Ueber Hemianopsie. 1881. p. 161 u. 162.

[5]) Die genannte Arterie versorgt ausser dem Hirnschenkel auch die optischen Ganglien (theilweise) und die gesammte Rinde des Hinterhauptlappens; nur die der Macul. lutea der Netzhaut entsprechendene Stelle der Sehsphäre erhält ausserdem noch Blut aus dem hier angrenzenden Gebiete der Art. fossae Sylvii, (Art. cerebri media.) cfr. Knies. Bez. d. Sehorgans u. seiner Erkrank. z. d. übr. Krankh. 1893. p. 126—130. und Натансонъ. Глазныя болѣзни въ ихъ связи и. т. д. 1895 p. 139—140.

im Arm haben jetzt Paraesthesien Platz gemacht; in Folge der anfänglichen Anaesthesie ist die Unterlippe zerbissen, geschwollen; Sprache (Articulation) gestört, wol zum Theil wegen der Lippenschwellung; Gaumensegel gut beweglich, Fieber bis 38,5°, Puls sehr frequent, mässig gespannt. Am Herzen keine Geräusche. Ordin: Laxantien, Eis auf den Kopf.

Augenbefund am 31. October: Ptosis beider Oberlider, beide Bulbi stehen nach aussen und unten, sind nach innen gar nicht beweglich; beim Heben und Senken des Blickes tritt eine kaum merkliche Meridiandrehung (Rollung, oder Raddrehung) der Augäpfel ein; Beweglichkeit nach aussen beiderseits erhalten. Dabei besteht beiderseits hochgradige Miosis, die rechte Pupille ist ad maximum verengt. Augenhintergrund, beiderseits normal. Diagnose: Paralyse beider N. N. Oculomotorii, und zwar der exterioren, die äusseren Bulbusmuskeln versorgenden Aeste, bei gleichzeitiger Reizung der interioren (intraoculären) Zweige (Miosis!); Parese beider NN. trochleares. Beide NN. abducentes intact.

Diese Lähmung beider Oculomotorii und beider Trochleares wies direct auf die Gegend der Kerne der Augenmuskel-Nerven als Sitz der Läsion hin; denn nur in der Kernregion liegen die beiderseitigen Bahnen dieser beiden Nerven so nahe bei einander, dass sie durch einen einheitlichen umschriebenen Herd gemeinsam betroffen werden können. Dort, am Boden des hinteren Endes des III. Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii, liegen die Ursprünge beider Nerven zu beiden Seiten nahe an der Mittellinie. Auf ihrem Wege vom Ursprunge bis zur Orbita, an der Schädelbasis, laufen Oculomotorius und Trochlearis derselben Seite auch nahe neben einander her, aber ebenso nahe auch von anderen basalen Nerven, besonders dem Abducens.

Eine Affection der Schädelbasis musste, um die Oculomotorii und Trochleares beider Seiten zu ergreifen, eine sehr grosse Ausdehnung haben, und würde dann gewiss auch die Abducentes, wahrscheinlich auch die Trigemini nicht verschonen. Dazu kam in unserem Falle noch der durchaus nucleäre Character der Oculomotorius-Lähmung, der sich darin äusserte, dass nur die exterioren Muskel-Zweige des Nerven gelähmt, die interioren dagegen (Sphincter pupillae!) nicht nur nicht gelähmt, sondern im Gegentheil gereizt schienen. Eine so isolirte Lähmung einzelner Zweige wäre bei einer Stammlähmung, welche den ganzen Nerv in seinem Verlaufe trifft, undenkbar; sie kann — abgesehen von ganz peripheren Läsionen der einzelnen Zweige, — nur bei einer nucleären (resp. fasciculären) Affection vorkommen; denn im Kern, welcher sich bekanntlich aus einzelnen getrennten Gruppen von Ganglienzellen (Theilkernen) zusammensetzt, liegen die einzelnen, den verschiedenen vom Oculomotorius versorgten Muskeln entsprechenden Centren noch räumlich von einander getrennt, während weiterhin im Nervenstamm die verschiedenen Fasern alle zusammen verlaufen[6])

Da nun im Oculomotoriuskern die Theilkerne für die interioren Augenmuskeln (Sphincter und Ciliarmuskeln) weiter vorn, diejenigen für die exterioren Muskeln aber weiter hinten liegen (s. Schema), so musste in unserem Falle die Läsion am hinteren Ende des III. Ventrikels und am vordern des Aquaeductus Sylvii angenommen werden.

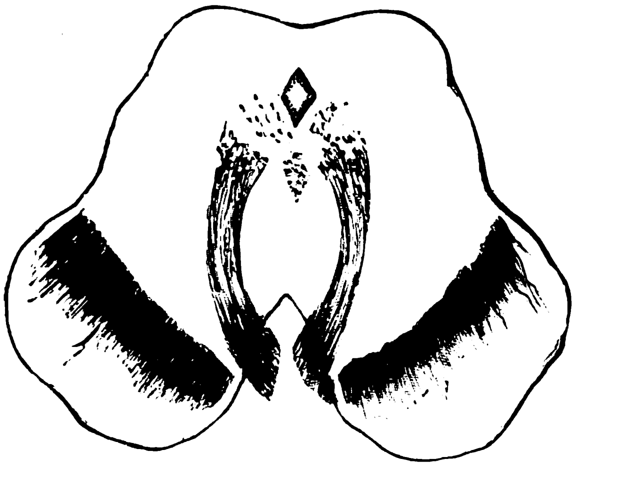


Fig. II nach Edinger (reducirt): Durchschnitt zwischen den beiden Vierhügelpaaren (Aquaeductus Sylvii, Ursprünge der NN. oculomotorii, Hirnschenkel).

[6]) cfr. Mauthner. Die Lehre von den Augenmuskellähmungen. 1889. p. 364 u. 373 u. ff.

Mit dieser Annahme stimmte auch das Vorhandensein sensibler Störungen (Parästhesien in Gesicht und Arm) sehr wohl überein; denn die sensiblen Bahnen, die in der sog. «Haube» des Hirnschenkels verlaufen, liegen an dieser Stelle nicht weit von der Kernregion, und zwar unterhalb derselben (Abbildung Edinger.

Auf Grund dieser Erwägungen lautete die Diagnose: Herderkrankung (Embolie, Blutung, oder Entzündungsherd?) im centralen Höhlengrau am Boden des III. Ventrikels (an dessen hinterem Ende) und des Aquaeductus Sylvii. Die übrigens ganz vorübergehenden, anderweitigen Störungen: Gaumenlähmung und Schlingbeschwerden, konnten auf Fernwirkung dieses Herdes auf die übrigen, weiter abwärts im centralen Höhlengrau gelegenen Nervenkerne bezogen werden.

In den nächsten Tagen wurde auch die bisdahin unvollständige Lähmung der NN trochleares complet. Unter wechselnden Temperaturen bis 40° bei sehr frequentem Pulse (bis 140) trat bald Somnolenz ein, die sich rasch steigerte. Keine weiteren Lähmungen (vielleicht Parese des Facialis?). Ordin.: Infus. Digitalis, Clysmen, Blutegel an den Proc. mastoideus, Einreibungen von Ung. hydrargyri ciner 4,0 pr. dosi. In der Nacht vom 2—3 November Collaps. Ordin: Campher subcutan. Unter zunehmender Somnolez Tod am 4 November.

Section am 5. November. (Protokoll Nr. 253.)

Unter der linken Clavicula 6—8 cm. lange, mit schlaffen Granulationen und Eiter bedeckte Wunde, welche unter der Clavicula mit einer zweiten 2 cm. langen Wunde communicirt; am Grunde wird rauher Knochen gefühlt (Resectionswunde). Linke Lunge mit der Spitze im Bereiche der Wunde fest mit der Thoraxwand verwachsen. In den Unterlappen beider Lungen Stauung, auf beiden Pleuren flächenhafte Ecchymosen. Pericard enthält haemorhagisch gefärbte Flüssigkeit, zeigt Sehnenflecken.

Herzmuskel stellenweise fettdurchwachsen, schlaff; an der Tricuspidalis leichte Auflagerungen, auf der Intima des Bulbus aortae Fettflecken. Peritoneum injicirt. Nieren blutreich. Kapsel etwas adhärent, Oberfläche leicht granulirt, mit einzelnen Cystchen, im Nierenbecken einige Ecchymosen. Milz vergrössert, Kapsel gerunzelt, Gewebe schlaff, brüchig, Pulpa hyperplastisch. Magenschleimhaut geschwellt, ecchymosirt. Darm injicirt. Leber mit dem Zwerchfell verwachsen, Kapsel diffus verdickt, Gewebe leicht gelblich, Acini-Zeichnung undeutlich.

Befund am Gehirn: Dura mater unverändert, mässige Injection der Pia-Gefässe, Subarachnoidalräume normal. Gehirnsubstanz blutreich, Seitenventrikel nicht erweitert, enthalten etwas trübe Flüssigeit. Auf einem zwischen beide Vierhügelpaare frontal gelegten Schnitte trifft man eine haselnussgrosse erweichte Stelle, welche von zahlreichen Haemorrhagien durchsetzt ist; diese Stelle liegt gleichmässig zu beiden Seiten der Mittellinie unterhalb des Aquaeductus Sylvii. Gehirnsubstanz hier sehr blutreich. Grosse Ganglien und Kleinhirn normal.

Anatomische Diagnose: Caries der linken I. Rippe mit Bildung von Fistelgängen und Anheftung der Lungenspitze in der Umgebung des Processes. Metastatischer Erweichungsherd im Vierhügelgebiet mit Haemorrhagien, Hyperaemie der Hirnsubstanz. Alte abgelaufene peritonitische Veränderungen, interstitielle Nephritis, Gastritis chron. Hyperaemie des Darmes, Hyperplasie der Milz fettige Degeneration des Leberparenchyms.

Mithin wurde die Diagnose durch die Autopsie vollkommen bestätigt.

Ueber Palpation der Bauchorgane im warmen Vollbade.

Von

Dr. Schuster — Bad Nauheim.

Vortrag gehalten auf dem 18. Balneologen-Congress zu Berlin.

Die Untersuchung des Abdomens im Bade mag vielen Aerzten schon längere Zeit bekannt sein und als Hilfsmittel bei der Erkenntniss der abdominellen Erkrankungen dienen. Dieselbe hat jedoch trotz der Vortheile, die sie bietet und trotz einer Besprechung an dieser Stelle durch von Chalapowsky bereits im Jahre 1892 keine allgemeine Beachtung gefunden, so dass ein nochmaliger Hinweis auf diese Untersuchungsmethode mir zweckmässig erscheint. Ich muss gestehen, dass mir dieselbe bis zum vorigen Sommer gänzlich unbekannt war. Zufällig fand ich bei der Behandlung eines Collegen, wel-

cher angab, dass er seine Leber im Bade besser fühle, die Palpation der vergrösserten Wanderleber so wesentlich erleichtert, dass ich und andere Collegen, denen ich dieses Phaenomen demonstrirte, ganz erstaunt über den Befund waren. Ich versuchte dann auch bei anderen Patienten diese Methode und gelangte meistens zu demselben Resultate. Im October v. J. wies Berkhan-Braunschweig in der Allg. med. Central-Zeitung mit kurzen Worten auf die Vortheile dieser Untersuchungsmethode hin, wobei er auch auf folgende Bemerkung in der Semaine medicale vom 17. Juni 1896 aufmerksam machte. «M. M. Sée attire l'attention sur un nouveau procédé d'exploration appelé à rendre des services dans les cas de tumeurs de l'abdomen et qu'il désigne sous le nom d'exploration hydrostatique. Ce procédé consiste à palper l'abdomen le malade étant placé dans un bain. Dans ces conditions la paroi abdominale, même s'il s'agit d'une personne chargée d'embonpoint n'offre qu'une résistance insignifiante aux doigts qui cherchent à palper les parties profondes». — Im November v. J. sprach Lennhoff in der Berliner medicinischen Gesellschaft über Palpation der Bauchorgane im warmen Bade, indem er auf die Erkenntniss des Magencarcinoms durch diese Untersuchungsmethode hinwies und ein besonderes Badewannenmodell demonstrirte. Weitere Besprechungen mit Anstaltsärzten geben mir die Gewissheit, dass auch von anderer Seite diese Methode mit Vortheil angewendet worden ist, ja dass dieselbe, wie ich a priori annahm, auch zu therapeutischen Massnahmen geführt hat.

Untersuchen wir nun einen Patienten im warmen Vollbade, so fällt uns auf, sobald wir die Hand auf die Bauchwand legen und einen leichten Druck mit den Fingern auf dieselbe ausüben, dass die Spannung der Bauchdecken bis auf ein Minimum reducirt ist. In vielen Fällen fühlt sich die Bauchwand, ich möchte sagen, wie ein schlaffgespanntes Segel an. Durch diese eigenthümliche Entspannung ist es nun möglich nicht allein die sonst leicht zugängigen, sondern auch die tiefer gelegenen Organe und krankhaften Veränderungen des Abdomens (Geschwulstbildung, Entzündungsprocesse) ausserordentlich leicht zu palpiren. Dabei ist zu bemerken, dass die Untersuchung des Abdomens oft sogar bei recht empfindlichen Personen nahezu schmerzlos ist.

Woher nun diese Herabminderung der Empfindlichkeit und Erschlaffung der Bauchwand? Die Wärme allein kann nicht zu diesem Resultate führen, denn sonst müsste durch trockene Wärme derselbe Effect erzielt werden können. Meiner Meinung nach handelt es sich in erster Linie darum, dass im warmen Wasserbade die Reflexe herabgesetzt werden, wodurch die Contraction der Bauchmusculatur gehemmt wird. Des weiteren ist anzunehmen, dass durch den hydrostatischen Druck der Wassersäule der intraabdominelle Druck wesenlieh vermindert wird.

Auf diese Momente ist auch die vorhin angedeutete Verwerthung des warmen Vollbades in therapeutischer Beziehung zurückzuführen, nämlich bei Reponirung ausgetretener resp. eingeklemmter Brüche, die, wie mir Geissler, Körte und Brentano versicherten, wesentlich im Bade erleichtert wird, worauf auch Tillmanns in seinem Lehrbuche für Chirurgie aufmerksam macht. — Dass im warmen Bade überhaupt die Reflexe herab esetzt werden und die Empfindlichkeit geringer wird, ist ja bekannt. Wir wissen, dass dadurch die Untersuchung der Gelenke bezüglich ihrer Beweglichkeit erheblich erleichtert ist. Auf die Herabsetzung der Muskelspannung ist es zurückzuführen, dass, wie G. Müller an dieser Stelle im vorigen Jahre demonstrirte, die Beweglichkeit steifer Gelenke im warmen Bade bedeutend sich bessert und dass diese Besserung auch nach dem Bade noch einige Zeit anhält. Von dieser Wirkung des warmen Wassers müssen auch zum Theil — natürlich neben anderen bekannten Haupteffecten, wie Ableitung, Verbesserung der Circulationsverhältnisse und dadurch bedingter Anregung schnellerer Resorption — die guten Erfolge bei Gelenk- und Muskelrheumatismen abhängig gemacht werden, wenn es sich um Beseitigung der durch sie hervorgerufenen Muskelcontracturen und Gelenksteifigkeiten handelt.

Um die Palpation des Abdomens möglichst zu erleichtern und die Spannung der Bauchdecken bis auf das Mindestmass zu reduziren muss der Patient im Bade mit hochgestellten Knien ausgestreckt liegen. Eine Sitzwanne ist daher zur Untersuchung nicht geeignet. Soll der intraabdominelle Druck möglichst herabgesetzt werden, so ist eine reichliche Füllung der Badewanne nothwendig. Um die bimanuelle Untersuchung bei gynaekologischen Fällen bequemer bewerkstelligen zu können, ist ein Hochstellen der Wanne oder die Anbringung eines Bettlakens in derselben, wie es z. B. Lennhoff angegeben hat, zweckmässig.

Abgesehen von der Einfachheit dieser Untersuchungsmethode biebet dieselbe auch noch einen grossen Vortheil, worauf auch Berkhan hinwies, weil dadurch in vielen Fällen die Narkose unnöthig wird, welche doch immerhin mit gewissen Gefahren verbunden ist und deshalb bei einer Reihe von Kranken, vor allen Dingen Herzkranken, nicht angewendet werden darf.

Wenngleich nun auch bei den meisten Patienten die Palpation im warmen Bade erheblich leichter sich gestaltet, so kommen doch auch hier wie überall gewisse Ausnahmen vor. Es giebt eben Kranke, die so ausserordentlich empfindlich sind, dass jede Berührung der Bauchwand sofort von heftiger Contraction der Bauchmuskulatur gefolgt ist. Im akuten Stadium entzündlicher Processe ist wegen der oft beträchtlichen Schmerzen das Resultat dieser Untersuchungsmethode ein negatives.

Die Palpation im warmen Bade ist anzuwenden, wenn es sich um Geschwulstbildung resp. palpirbare Vergrösserungen der Bauchorgane (Magen, Darm, Leber, Pancreas, Niere, Milz, Uterus, Ovarien, Gallenblase), um entzündliche Processe nach Ablauf des akutesten Stadiums (Typhlitis, Para-Perimetritis, Peritonitis, subphrenische Abscesse etc.), um Aneurysma der Aorta descendens und endlich um Verlagerungen einzelner Organe, (Leber, Niere, Uterus) handelt.

Was die bimanuelle Exploration anbelangt, so müssen weitere Untersuchungen angestellt werden, ob auch nach dieser Richtung hin gewisse Vortheile zu constatiren sind.

Diese wenigen Worte mögen vorläufig genügen und dem Zwecke dienen, dass die genannte Untersuchungsmethode als ein schätzbares Hilfsmittel bei der Erkenntniss der abdominellen Erkrankungen durch diesen Hinweis eine ausgedehntere Beachtung und Anwendung finde.

Referate.

Robert Koch: Ueber neue Tuberkulinpräparate
Deutsche medic. Wochenschrift. Nr. 14.

Bei seinen fortgesetzten Studien über die Heilung der Tuberkulose mit aus den Tuberkelbacillenculturen gewonnenen Präparaten ist Koch zu einem gewissen Endresultate gekommen, das er nunmehr der Oeffentlichkeit übergiebt. Das Glycerinextract der Tuberkelbacillen, das vor 6½ Jahren von Koch dargestellte Tuberculin, hat den Anforderungen, die man an ein bacteriell immunisirendes Präparat stellen muss, nicht entsprochen, obgleich das Mittel, nach der Meinung des Verfassers, noch als höchst geeignetes Reagens für die Frühdiagnose der Tuberkulolose verwendet werden kann. Durch Extraction der Tuberkelbacillenculturen mit ¹/₁₀ Normalnatronlauge und nachfolgender Neutralisation erhielt Koch ein Präparat, welches ähnliche Reaction gab, wie das Tuberculin aber sich schon in viel kleineren Dosen als

wirksam erwies. Dieses Präparat, von Koch mit TA. bezeichnet, musste aufgegeben werden, weil es Tuberkelbacillen, wenn auch abgetötete, in reichlichen Mengen enthält und diese können, als Fremdkörper, bei der Injection sterile Abscesse erzeugen. Als nun die Bacillen durch Thonfiltration beseitigt wurden, zeigte sich auch der Gehalt an wirksamen Substanzen in so hohem Masse verringert, dass das schliesslich erhaltene Präparat an Wirksamkeit dem Tuberculin in keiner Weise überlegen war. Koch kam nun auf den Gedanken, die Tuberkelbacillen auf mechanischem Wege so weit zu zertrümmern, dass sie leicht und ohne Schaden für den Organismus resorbirt werden könnten. Als Träger der Resistenzfähigkeit erkannte er (in Gemeinschaft mit B. Proskauer) gewisse Fettsäuren, an die auch die specifische Färbbarkeit der Bacillen mit Carbolfuchsin geknüpft ist. Es galt somit diese Fettsäuren aus dem Körper der Bacillen zu entfernen, was durch Zerstossen der getrockneten Culturen im Achatmörser mit dem Achatpistill gelang. Es blieben noch wenige färbbare Bacillen zurück, und diese wurden dadurch beseitigt, dass die gewonnene Substanz in destillirtem Wasser vertheilt und centrifugirt wurde. Die Flüssigkeit schied sich dann in 2 Schichten ab, eine obere klare, weisslich opalescirende und eine untere den Bodensatz enthaltende; die erstere enthält keine Tuberkelbacillen. Der Bodensatz wurde wieder getrocknet, im Mörser verarbeitet, und wie vorher centrifugirt, wiederum stellten sich 2 Schichten ein. Auf diese Weise konnte die ganze Masse der Tuberkelbacillenculturen in eine Reihe von vollständig klaren Flüssigkeiten verwandelt werden, die vollständig resorbirbar sind und keine Abscesse an der Injectionsstelle hervorrufen. Die erste Flüssigkeit, also die nach dem ersten Centrifugiren erhalten wird, bezeichnet Koch mit TO., das aus dem Rückstande gewonnene Präparat mit TR. Zusatz von 50% Glycerin verändert TO. nicht, ruft dagegen in TR. einen flockigen Niederschlag hervor, über dem eine wasserklare Flüssigkeit zurückbleibt. In seinen Eigenschaften steht TO. dem alten Tuberkulin sehr nahe und hat nur geringe immunisirende Eigenschaft, TR. dagegen wirkt ganz entschieden immunisirend. Es bewirkt zwar auch bei Tuberkulösen Reactionserscheinungen, wenn zu grosse Dosen angewandt werden, aber seine Wirkung ist ganz unabhängig von diesen Reactionen; letztere können bei Anwendung kleiner Dosen ganz vermieden werden. Koch ist der Meinung, dass das TR. alles umfasst, was an immunisirenden Factoren in den Tuberkelbacillenculturen enthalten ist; dies wird auch dadurch bewiesen, dass ein Mensch, welcher gegen TR. immunisirt ist, auch wenn bei der Immunisirung Reactionen fast ganz vermieden sind, nicht mehr auf grosse Dosen des gewöhnlichen Tuberkulins und des TO. reagirt; er ist somit gegen alle Bestandtheile der Tuberkelbacillen immunisirt. Zur Herstellung von TR. müssen vollvirulente Culturen verwendet werden. Die Farbwerke von Meister Lucius Brüning (Höchst) haben das TR. genau nach den Angaben von Koch hergestellt. Die Flüssigkeiten sind behufs Conservirung mit 20% Glycerin versehen. Im Cubikcentimeter sind 10 mg. fester Substanz enthalten und die Verdünnung geschieht durch Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung. Man beginnt mit Injection von $^1/_{500}$ mg.; (Die Injectionen werden ebenso, wie beim Tuberkulin ausgeführt, am besten in den Rücken) es ist das eine so niedrige Dosis, dass darauf nur ausnahmsweise eine Reaction eintritt; sollte dies aber der Fall sein, so verdünnt man noch mehr. Die Einspritzungen werden jeden zweiten Tag unter langsamer Steigerung der Dosis vorgenommen, so dass höhere Temperatursteigerungen, als um einen halben Grad möglichst vermieden werden. Die maximale von Koch angewandte Dosis betrug 20 mg. Mit TR. hat Verfasser eine grosse Anzahl von Tuberculösen, darunter besonders Lupuskranke, behandelt und hat bei vielen solche Besserungen erzielt, die nach den gewöhnlichen Anforderungen als Heilung bezeichnet werden können, wenn man von der Möglichkeit eines Recidivs absieht. Bei den wegen Lungentuberculose behandelten Patienten nahm die Menge des Sputum bald ab, die Rasselgeräusche verschwanden, und die Dämpfung verminderte sich; das Körpergewicht hob sich rasch, die zackige Temperaturcurve glich sich mehr aus und ging allmählich zur normalen, fast gestreckten und dicht unterhalb 37° verlaufenden über. Beängstigende Erscheinungen wurden nicht wahrgenommen. Bei Lupuskranken war es besonders bemerkenswerth, dass die localen Reactionen sehr gering blieben, trotzdem eine beständig fortlaufende Besserung sich vollzog. Ebenso fehlten bei Phtisikern die vom Tuberkulin her bekannten stürmischen Reactionen, die Infiltration in den erkrankten Lungenpartien zur Folge hatten. Die Versuche an Meerschweinchen zeigten, dass eine Heilung tuberculös Inficirter nur dann gelingt, wenn die Behandlung frühzeitig, schon 1—2 Wochen nach der Impfung, eingeleitet wird. Diese Regel gilt auch für den tuberculösen Menschen. Solche in den letzten Stadien sich befindende oder mit Mischinfectionen (Streptokokken etc.) haben von den Injectionen des TR. keinen Nutzen zu erwarten.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

618. Sitzung am 18. Februar 1897.

Vorsitzender Herr Moritz. Secretair Herr Heuking.

Herr Germann: «Augenärztliche Beobachtungen in Syrien und Palästina, speciell über das Trachom in jenen Ländern».

Der Vortrag stellt einen Auszug aus einem ausführlichen Bericht über die Abcommandirung des Vortragenden nach Syrien und Palästina (Sept.—Dec. 1896) dar und wird in extenso veröffentlicht werden.

619. Sitzung am 4. März 1897.

Vorsitzender Herr Moritz; stellv. Secretair Herr Blessig.

1. Herr Anders: Ueber die unblutige Reposition der Luxatio coxae congen. mit Demonstration eines reponirten Falles:

In dem letzten halben Jahre hat die viel discutirte Frage von dem chirurgischen Eingreifen bei Lux. coxae cong. eine wesentliche Klärung erfahren. — Durch weitere Bestätigungen des Lorenz'schen Vorgehens von Wolff, Kümmel und Anderen ist die unblutige Reposition im Gegensatz zur blutigen vollständig in den Vordergrund getreten. — A. beschränkt sich in seiner heutigen Mittheilung auf das Referat über einige von ihm unblutig reponirte Fälle und demonstrirt ein vor 17 Tagen von ihm reponirtes 5-jähriges Mädchen, in ihrer Primärstellung nach exact gelungener Reposition im Gypsverbande. — Referent hat sich streng der Lorenz'schen Methode zugewandt. — Im Hinblick auf den grossen Uebelstand, dass die Gewalteinwirkung der Lorenz'schen Drehschraube eine unberechenbare ist, es sich aber vor allem um das Herabsinken des Kopfes in das Pfannen-Niveau handelt, hat Sänger in letzter Zeit den Vorschlag gemacht, nicht zu weit zu gehen in der gewaltsamen Extension, sondern lieber die Discision an der vorderen geschrumpften Kapsel vorzunehmen. — Es sind weniger die pelvitrochanteren, pelvifemoralen und cruralen Muskeln, sondern gerade die Kapsel das Haupthinderniss. — Diesem sehr wesentlichen Eingriffe gegenüber, der einen Theil der Hoffa'schen Operation umfasst, verhält sich Referent ablehnend indem er auf die grossen Effecte aufmerksam macht, die durch die Durchtrennung einzelner Muskelgruppen erreicht werden. — A. konnte sich in einer Reihe von Fällen coxitischer Adductionscontracturen davon überzeugen, wie leicht nach Durchtrennung der nutritiv verkürzten Muskeln ein Ausgleich der perversen Stellung gelang. — Unter Zuhilfenahme solcher Durchschneidungen wird es gelingen die Altersgrenze der zu Reponirenden nach oben zu erweitern. — Es ist nicht zu bezweifeln, dass wir in der operativ angelegten Pfanne nicht die Symmetrie für den sich coaptirenden Kopf erreichen, wie in einem unter dem Einfluss der Transformationskraft vom Druck des Kopfes gebildeten Acetabulum. — Es handelt sich in erster Linie darum den Kopf an der Stelle der rudimentären Pfanne einzubacken, so dass er in einer bestimmten Abductionsstellung sicheren Halt gewinnt, — dann dürfen wir auf die transformirende Kraft in den umgelagerten Theilen rechnen. — Der warnenden Stimme Königs, welche den Sanguinismus in dieser Frage abzudämpfen geeignet ist, darf immerhin entgegengehalten werden, dass wir nicht eine neue Pfanne zu schaffen haben, sondern ein präexistirendes Gebilde zu transformiren.

Der von A. demonstrirte Fall betrifft die 5-jährige Tochter eines Collegen mit Lux. coxae cong. sinistr., indem nach ausgiebiger Extension mittelst der Lorenz'schen Schraube bei Flexion, starker Abduction und Rotation nach aussen die Reposition in so eclanter Weise gelang, dass A. an die phantasievolle Schilderung von Lorenz des in seine Residenz zurückkehrenden Monarchen erinnert wurde. Die Muskeln blieben in Spannung. A. reluxirte 3 mal. Jedes mal war die Reposition allen Anwesenden deutlich wahrnehmbar. — Die fast rechtwinkelige Stellung der Hüfte gedenkt A. erst in mehreren Etappen zu verlassen.

Eine zweite Reposition führte A. am 20. October 1896 aus. Es betraf ein 5-jähriges Mädchen mit Lux. coxae cong. sinistr. — Die Reposition setzte bei demselben Höhestand des Kopfes von 4 Ctm. und drüber wie im vorigen Falle, unverhältnissmässig mehr Schwierigkeit. Nach längerem Manövriren gelang die Reposition bei utrirter Aussenrotation.

Patientin ist zur Zeit im Gypsverband schon auf den Füssen und bewegt sich mit relativ guter Behendigkeit. Ref. bedauert, dass er diesen schon weiter in der Behandlung gediehenen Fall äusserer Umstände halber nicht vorstellen kann.

Ein dritter Fall über den A. referirt betrifft ein doppelseitig luxirtes 6-jähriges Mädchen bei der das Hinübergleiten des rechten Kopfes über den hinteren Pfannenrand erst nach Durchschneidung der Adductoren gelang.

(Autoreferat).

2. Herr Horn demonstrirt eine Maschine zum Wickeln und Zerschneiden von Marly-Binden, welche ihm in seiner Anstalt gute Dienste leistet und für jeden grössern Hospitalbetrieb empfohlen werden kann. Der Apparat ist einem

im Eppendorfer Krankenhause gebrauchten nachgebildet und besteht aus einer grossen Kurbel zum Wickeln und einem Holzblock nebst Messerklinge zum Zerschneiden der Binden.

3. Herr Horn zeigt eine Anzahl vorzüglicher, in seiseiner Anstalt angefertigter Roentgen'scher Photogramme (Positive und Negative), verschiedener normaler und pathologischer Skeletttheile vor, darunter auch solche von Luxatio coxae congenita.

Dazu demonstrirt Herr Boerling das Roentgen-Photogramm einer verheilten Fractur des Humerus.

Herr Horn fordert zugleich die Collegen auf, sich an einem festgesetzten Tage in seiner Anstalt zu versammeln, um das Verfahren der Roentgen'schen Durchleuchtung und Photographie anzusehen. Der Vorschlag wird von den Anwesenden mit Dank angenommen.

Herr Tiling fragt an, ob das Roentgen'sche Verfahren in den Fällen von Luxatio coxae congenita auch die Formation der Pfanne mit genügender Deutlichkeit erkennen lasse? Dieses sei besonders wichtig, weil man die Prognose der Repositionsversuche danach im Voraus beurtheilen könnte. Bei sehr kleiner rudimentärer Pfanne hätte man von vornherein weniger Aussicht auf eine gute Reposition. Die in den Weichtheilen gelegenen Repositionshindernisse, besonders die Capsel (Mikulicz) werden bei diesem Verfahren allerdings nicht zur Anschauung gebracht.

Herr Horn hält die Deutlichkeit, mit der Kopf und Pfanne im Photogramm sichtbar werden, für ausreichend zur Beurtheilung der Formation dieser Theile. Die Weichtheile haben, nach H.'s Ansicht, nur eine untergeordnete Bedeutung; sie können wohl die Operation erschweren, sind aber nicht von Einfluss auf das functionelle Resultat der Reposition; dieses hängt nur von der Formation der Knochen: Kopf, Hals und Pfanne ab, über die uns das Roentgen'sche Verfahren genügend Aufschluss giebt.

Herr Anders: Gerade in Bezug auf Beurtheilung der Pfanne dürfte man bei den Roentgen-Bildern vorsichtig sein müssen. — So deutlich die Contouren, d. h. die Siluette, erscheinen, so schwierig ist die plastische Formation des Knochens im Schattenbilde zu beurtheilen. Die Prognose der Reposition könne nicht allein abhängig gemacht werden von der im Bilde erscheinenden dunkelschattigen Configuration der Pfanne, da es sich zunächst nur um ein Einhacken (Sänger) des Kopfes vor und unter dem hinteren resp. oberen Pfannenrande handle. Auch eine sehr oberflächlich formirte Pfanne biete, wie das die vielen blutigen Operationen zeigen in dieser Beziehung Halt. In prognostischer Hinsicht kämen für das Gelingen der Reposition die Weichtheile, besonders die Formation der Kapsel in erster Linie in Frage. Diese fielen aber beim Röntgenbilde vollständig weg.

Die Frage nach dem Verhalten der Weichtheile bei der unblutigen Reposition, und nur von dieser kann eben die Rede sein, ist nach dem Urtheil aller Autoren die massgebende. A. gedenkt weiter einer ganzen Reihe von Fällen, die prognostisch nach eingehender Untersuchung überaus schlecht erschienen, deren Reposition aber überraschend leicht gelang, — ganz besonders, — weil diese Fälle eine günstige Formation der Weichtheile und speciell der Kapsel, besassen und nicht die von Lorenz beschriebene, in Fällen unüberwindliche Sanduhrform der Kapsel aufzuweisen hatten.

Vermischtes.

— Der Professor emer. der Syphilidologie an der militär-medicinischen Academie, wirklicher Staatsrath Dr. Benjamin Tarnowsky tritt nach 35 jähriger Lehrthätigkeit in den Ruhestand und hat in der vorigen Woche seine Abschieds-Vorlesung gehalten, nach welcher ihm von seinen Schülern eine Dankadresse überreicht wurde.

— Die Vorlesungen des verabschiedeten Professors Iwanowski an der militär-medicinischen Academie über gerichtliche Medicin sind bis zur Neubesetzung des Lehrstuhls der gerichtlichen Medicin und Toxikologie dem Privatdocenten der Academie Dr. D. Kossorotow übertragen worden.

— Mag. botan. Warlich hat sich mit Genehmigung der Conferenz der milit.-med. Academie als Privatdocent für Botanik an der genannten Academie habilitirt.

— Ernannt: Der bisherige Gehülfe des Directors und Obermedicus des hiesigen St. Olgahospitals für unheilbare Kranke, wirkl. Staatsrath Weidemann zum Direktor und Oberarzt des genannten Hospitals.

— Verstorben: 1) Am 25. März in Igdyr (Gouv. Eriwan) der dortige Quarantänearzt Dr. Hararld Teich im 33. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1881—88 studirte. Nach Erlangung der Arztwürde war T. Arzt im Gouvernement Kowno (Krassny Dwor) und in letzter Zeit Quarantänearzt in Igdyr. 2) In Odessa der Specialist für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten Dr. Peter Grossmann im Alter von 39 Jahren. Er hat sich in einer der städtischen Badestuben erschossen, wie verlautet. in Folge zerrütteter Vermögensverhältnisse. 3) Am 23. März in Orenburg der Oberarzt des örtlichen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Michael Dobrowolski, im 47. Lebensjahre am Magenkrebs. Nach Absolvirung des Cursus an der Medico-chirurg. Academie im J. 1874 war D. bis zu seiner Versetzung 1895 nach Orenburg Arzt am Heereskrankenhause in der Stadt Uralsk, wo er zu den beliebtesten und populärsten Persönlichkeiten gehörte.

— Der Privatdocent für innere Medicin an der Universität Strassburg Ernst Levy ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Kiewer Psychiater Prof. J. A. Ssikorski bespricht in der «Prakt. Medizina» die unter den russischen Aerzten grassirende Selbstmordmanie. Die Zahl der Selbstmorde unter den Aerzten in Russland übertrifft erheblich die Zahl derjenigen unter allen anderen Berufsclassen, denn während im allgemeinen auf 1200 Todesfälle ein Selbstmord entfält, kommt unter Aerzten schon unter 28 Todesfällen ein Selbstmord vor. Berücksichtigt man jedoch, dass die Mehrzahl der Aerzte aus Männern besteht, unter diesen aber der Selbstmord häufiger als unter Frauen ist; ferner, dass zu der ganzen Bevölkerungsmasse auch Kinder gehören, unter denen Selbstmorde selten sind, so ergiebt es sich, dass unter den Aerzten auf eine Million 631 Selbstmorde entfallen, während unter der übrigen Bevölkerungsmasse nur 30 Selbstmorde auf eine Million kommen. Der Selbstmord ist also unter den Arzten 21 Mal stärker vertreten, als unter der übrigen Bevölkerungsmasse. Die häufigste Selbstmordart bei den Aerzten ist die durch Vergiftung (45%), dann die durch Schusswaffen.

— Wie verlautet, wird das hiesige Hebammeninstitut nach Wassili-Ostrow versetzt werden, wo in der Nähe des Börsensqueres ein neues Gebäude für dasselbe erbaut werden soll, und zwar von der Grösse, dass statt der gegenwärtigen 50 Betten in der geburtshilflichen und 24 Betten der gynäkologischen Abtheilung des Instituts im Ganzen 120 Betten placirt werden können. Das jetzige Gebäude des Institutes an der Fontanka 148 soll verkauft werden.

— Der Cassenbestand der Gesellschaft des russischen «Rothen Kreuzes» belief sich am 1. April d. Jahres auf 4.721,369 Rbl. 41½ Cop.

— In Odessa erregen die im dortigen Stadthospital vorgekommenen Unordnungen und Missbräuche berechtigtes Aufsehen. Der Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung Dr. Schpakowski ist in Folge dessen vom Amte entfernt worden. Ausserdem sollen, wie die «Nowosti» berichten auf Verfügung des Procureurs der Chefarzt des Stadthospitals Dr. Ssenkewitsch-Kortschak und die Ordinatoren der syphilit. Abtheilung Akin und Wainstein für die Einsperrung von Patienten in einem zu diesem Zweck eingerichteten Carcer, welche Massregel den Selbstmord einer incarcerirten Patientin zur Folge gehabt, dem Gericht übergeben worden sein.

— Alle Personen, welche die Universitäten und die militär-medicinische Academie mit dem Grade eines Arztes absolvirt haben, sollen das Recht erhalten, auf der rechten Seite der Brust das Arzt-Abzeichen zu tragen. Die Doctoren der Medicin werden dasselbe Abzeichen tragen, jedoch mit Verzierungen aus blauer Emaille.

— Wie wir in der vorigen Nr. mittheilten, hat der kurländische Medicinalinspector zum 100 jährigen Jubiläum der Gouvernements-Medicinalverwaltung in Kurland eine geschichtliche Skizze derselben in der kurländischen Gouvernements-Zeitung veröffentlicht. Dieser Veröffentlichung entnehmen wir, da uns die betreffende Gouvernements-Zeitung nicht zur Hand ist, nach einem Auszuge der «Mitauschen-Zeitung» einige interessante Daten. Die Errichtung der Medicinal-Organisation in Kurland erfolgte am 24. März 1797 durch einen Allerhöchsten Ukas aus dem Reichs-Medicinalcollegium an den Hofrath und Ritter Carl von Scheinvogel in welchem derselbe zugleich zum Inspector der kurländischen Medicinalverwaltung ernannt wurde Diese collegialische Behörde bestand aus dem Inspector als Vorsitzenden, aus zwei Gliedern, dem Operateur und Accoucheur und einem Secretär. Zum Operateur wurde Joh. Eckhoff, zum Accoucheur Christ. Rückwardt und zum Secretär Hartwig ernannt. Schon in der ersten Zeit der Thätigkeit der Gouvernements-Medicinalverwaltung kam es an den Tag, dass in Kurland viele Aerzte lebten, die nicht einmal ein ausländisches Diplom über die Absolvirung eines medicinischen Cursus besassen. Deshalb traf das Reichs-Medicinalcollegium am 5. Juni 1797 die Verfügung, dass der Medicinalinspector v. Scheinvogel diejenigen Aerzte, die kein Diplom hatten, einer Prüfung unterziehen soll. In gleicher Weise musste gegen die Apotheker, Hebammen und Feldscher vorgegangen werden. Bald

nach Errichtung der Medicinalbehörde wurde auch in jedem der fünf Kreise Kurlands ein Kreisarzt mit einer Hebamme und einem Gehülfen angestellt. Krankenhäuser gab es damals überhaupt noch keine, ausgenommen die wenigen, wo kranke Soldaten der örtlichen Commandos untergebracht wurden. Erst i. J. 1801 wurde das Collegium der allgemeinen Fürsorge gegründet, dem die Sorge um die Errichtung und Verwaltung von Krankenhäusern übertragen wurde. Beinahe gleichzeitig mit der Errichtung der Medicinalverwaltung wandte sich die Allerhöchste Aufmerksamkeit den Schwefelquellen in Baldohn zu, und schon im Sommer 1799 sehen wir dieses Bad von 102 Kranken besucht. Als Medicinalinspectoren fungirten in diesem Zeitraum von 100 Jahren nacheinander 7, und zwar Dr. v. Scheinvogel v. 1797—1809, Dr. Joh. Körber von 1809—1825, Stabsarzt Heinr. Bidder bis 1833, Dr. Ernst Reinfeldt bis 1849, Dr. Carl Bursy bis 1867, Dr. Wilh. Mulert bis 1891 und Dr. Alex. Woizechowski vom 24. Mai 1891 bis auf den heutigen Tag. Die Zahl der Operateure betrug von 1797—1870 — sechs, die der Accoucheure sieben. Mit dem 1. Jan. 1870 wurden die Aemter des Accoucheurs und Operateurs aufgehoben und statt ihrer der Posten eines Gehülfen des Gouv.-Medicinalinspectors creirt. Im Jahre 1797 gab es in Kurland 28 Aerzte, 33 Chirurgen (nach jetziger Bezeichnung Feldscher), 6 Hebammen, 14 Apotheken und fast gar keine Krankenhäuser. Fünfundzwanzig Jahre später (1822) zählte man schon 79 Aerzte, 20 Hebammen, 7 Arztdiscipel, 22 Apotheken. Gegenwärtig verfügt Kurland bereits über 188 Aerzte (die Militärärzte sind nicht mitgerechnet) 57 Feldscher, 231 Hebammen, 76 Pockenimpfer, 27 Krankenhäuser, 3 Ambulatorien, 4 Leprosorien und mehr als 600 Armenhäuser. In den städtischen Krankenhäusern giebt es für im Staatsdienste stehende Personen 725 Freibetten.

— Massnahmen gegen die Pest. In Bombay sind seit dem Ausbruch der Pestepidemie 11,333 Pesterkrankungen mit 9493 Todesfällen vorgekommen. Leider haben sich, wie die «Lancet» erfährt, die Hoffnungen, auf das Yersinsche Heilserum nicht erfüllt. Bei den mit diesem Serum in den ersten 2 Tagen der Erkrankung behandelten Pestkranken betrug die Mortalität 50 proc., während gleichzeitig die allgemeine Mortalität der Pestkranken in den Hospitälern nicht 60 proc. überstieg. Prof. Robert Koch ist am 4/16. April in Bombay eingetroffen, um sich an der Erforschung der Pest durch die deutsche Commission zu betheiligen und deren Leitung zu übernehmen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. April d. J. 7986 (180 wen. als in d. Vorw.), darunter 680 Typhus — (65 wen.), 836 Syphilis — (33 wen.), 182 Scharlach — (6 wen.), 120 Diphtherie — (12 mehr, 154 Masern — (10 mehr) und 31 Pockenkranke — (2 mehr als in der Verw.).

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. April 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 5. Mai 1897.

Ems. Schwalbach. Weilbach.

Die ohne jeden Zusatz zur Füllung gebrachten natürlichen Mineralwasser der fiscalischen Quellen zu Ems (**Kränchen- und Kesselbrunnen**); zu Langenschwalbach (**Stahl- und Weinbrunnen**); zu Weilbabh (**Schwefel- und Lithionquelle**); werden jederzeit in frischester Füllung versendet.

Der medicinische Werth der genannten Mineralwasser ist allgemein bekannt. Durch Entscheidung des Kaiserlichen Patentamtes vom 20. April 1896 ist die Bezeichnung «**Kränchen**» für das natürliche Wasser der Emser Kränchenquelle gesetzlich geschützt.

Niederlagen der fiscalischen Mineralwasser finden sich in den Apotheken und Mineralwasserhandlungen, wo auch die aus den fiscalischen Wassern zu Ems hergestellten Pastillen und Quellensalze käuflich sind.

(9) 8—5. **Königliches Preussisches Brunnen-Comptoir Ehrenbreitstein.**

KISSINGEN. Dr. C. Dapper's Sanatorium. Neues Kurhaus

Für **Magen- und Darmkrankheiten. Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren)** Geöffnet **April — Januar.** Prospecte. (44) 19—2.

Klimat. Wald-Curort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA"

Besitzthum des Grafen **PLATER-SYBERG**, 7 Werst von Dwinsk, auf dem hohen Ufer der Düna, in malerisch schöner, gesunder Gegend, inmitten eines alten ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung.

Saison vom 10. Mai bis zum 10. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen Vorrichtungen, so z. B.: Wannenbäder aller Art, Douchen verschiedener Systeme, römische Bäder, u. s. w. Moorbäder, Massage und Gymnastik. — 3 grosse Pensionate mit möblirten Zimmern. Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. pro Person und pro Tag. Apotheke, Restaurant, Musik und Theater.

Dr. Noischewsky's grosse, neu eingerichtete Augenklinik mit beständigen Betten. 80 im Walde isolirt gelegene, vollständig möblirte Datschen mit Geschirr, liegen verstreut und eignen sich vorzugsweise für Familien. Genaue Auskunft ertheilen: **чрезъ гор. Двинскъ на ст. Ликсна, въ Администрацію „Погулянки"**, oder bis zum 10. Mai in **St. Petersburg Dr. med. ARRONET, Знаменская ул. 38,** Dienstag, Donnerstag und Sonnabend um 1 Uhr. (37) 3—3.

Bad Homburg

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.

Fünf Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern,** Fichtennadel- und Moorbädern, Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versandt während des ganzen Jahres.

= Broschüren und Prospecte durch die Kur- und Bade-Verwaltung. =

(31) 6—3.

Königliches Bad Oeynhausen.

Sommer- u. Wintercurort Station d. Linien Berlin-Löhne-Hildesheim. Thermal- und Soolbäder. Saison vom 15. Mai bis Ende September. **Winterkur vom 1. October bis Mitte Mai.** Molken- u. Milchkuranstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte und Beschreibung übersendet frei die **Königliche Bade-Verwaltung.**

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

(ehemals Dr. Hünerfauth). Für **Magen- und Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- und Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche. —** Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten Bäder. — **Elektrotherapie.** — Das ganze Jahr geöffnet. Massageunterricht nur für Aerzte. **Dr. Hans Leber.**

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Pr. gr. u. fr.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9. кв. 9.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Irene Marie Chomse, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg

Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Адамюкъ, Е., Болѣзни свѣтоощущающаго аппарата глаза. Ч. I и II. 1897. Rbl. 6.00.

Багинскій, А., Руководст. къ дѣтскимъ болѣзнямъ, т. I-ый: Общая часть. Болѣзни новорожденныхъ. Острыя и хроническія заразныя болѣзни. Болѣзни крови, разстройствъ питанія и нервной системы. Перев. съ 5-го нѣмацк. изд. 1897, Rbl. 3.00.

Вальдо, Ф., Современная метереологія. (Очеркъ ея прошлаго и настоящаго). Перев. съ англійск. 1897, Rbl. 1.75.

Губаревъ, А., Наружное акушерское изслѣдораніе. Практ. курсь для студентовъ и врачей. Съ 39 политипащами. 1897, Rbl. 1.50.

Гуринъ, Г., Способъ скораго и дешеваго лѣченія легочной чахотки. Изданіе V-е. 1897, Rbl. 0.20.

Жуковскій, В., Болѣзни новорожденныхъ дѣтей. Изд. 2-е. Съ 3 табл. и 3 рис. 1897, Rbl. 1.40.

Ильинъ, М., Практическія упражненія по физіологической химіи. Ч. I: Зоохимія. 1897, Rbl. 0.90.

Котовщиковъ, Н., Значеніе Рентгеновскихъ лучей для діагоностики внутреннихъ болѣзней. 1897, Rbl. 0.25.

Кехъ, Нервная жизнь человѣка въ дни здоровья и болѣзни. Перев. съ 5-го нѣмецк. изд. 1897, Rbl. 1.50.

Кубасовъ, П., Что такое микробы вообще и болѣзнетворные въ частности? 1897.

Моркотунъ, К. С., Очеркъ пилигримства въ Индіи и Аравіи и международныя мѣры къ оздоровленію его. 1896. Rbl. 0.40.

Пенцольдъ и Штинцингъ, Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Томъ VI: Лѣченіе венерическ. болѣзней, болѣзней мочеполовыхъ органовъ и болѣзней кожи. Съ 53 рис. Перев. съ нѣмецк. 1897, Rbl. 6.00.

Солонцевъ, К., Общедоступное изложеніе новѣйшихъ свѣденій о чумѣ и предохранительныя отъ нея мѣры. 1896, Rbl. 0.15.

Тарновскій, В., Борьба съ сифилисомъ. 1897, Rbl. 0.40.

Хвольсонъ, О., Курсъ физики. Томъ I: Введеніе. — Механика — Нѣкоторые измѣрительные приборы и способы измѣренія. — Ученія о газахъ, жидкостяхъ и твердыхъ тѣлахъ. Съ 377 рис. 1897, Rbl. 5.00.

Эльзенгансъ, Элементарное описаніе душевныхъ явленій. (Краткая психологія для самообразованія»). Перев. съ нѣмецк. 1896, Rbl. 0.40.

Arbeiten aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bacteriologie a. d. pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. Bd. II, H. 2. Mit 1 Text-Abbildung und 7 Tafeln. 1896, Rbl. 3.85.

Дозв. ценз. Спб. 11 Апрѣля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, (1. Mai) 19. April 1897

Neunter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Beitrag zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien.

Von

Dr. W. Beckmann, St. Petersburg.

Vorgetragen am 7. Jan. 1897 im Verein St. Petersbg. Aerzte.

Mit der rapiden Entwickelung der Bauchchirurgie wächst die Zahl der Laparotomien in früher ungeahnter Weise an. Operateure, die über ein grosses Krankenmaterial verfügen, zählen schon nach Hunderten, einige (Schauta, Spencer Wells) gar über tausend Operationen. Es kann deswegen als etwas gewagt erscheinen mit der kleinen Reihe von 25 Laparotomien an die Oeffentlichkeit treten zu wollen. Wenn ich es dennoch thue und meine eigenen Erfahrungen recapitulire, komme ich damit einem Bedürfniss nach, das Jeder empfindet, der eine bestimmte Zeit lang operativ thätig gewesen ist. Andrerseits unterscheidet sich jede neue Laparotomie von den vorherigen, so dass man immer wieder auf neue Beobachtungen stösst. Die an einer eigenen Reihe von Operationen gemachten Erfahrungen verbinden sich mit den Beobachtungen während meiner 4-jährigen Thätigkeit als Ordinator an der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals, woselbst ich Gelegenheit hatte bei weit über 200 vom Chef dieser Abtheilung Dr. W. Wasten ausgeführten Laparotomien activ betheiligt zu sein.

Von den erwähnten eigenen 25 Laparotomien habe ich 8 im Obuchowhospital und 17 im Evangelischen Hospital ausgeführt. Die letzterwähnten 17 Pat. stammen aus meiner Privatpraxis und wurden mit gütiger Erlaubniss des Directors des Evangelischen Hospitals Dr. C. Frankenhäuser daselbst placirt und operirt.

Das Material vertheilt sich in folgender Weise:

9 Ovariotomien,

6 Operationen am Uterus, davon 5 Myomotomien und eine Amputation eines graviden rudimentären Uterushornes,

9 Adnexoperationen, davon: 6 wegen Tubargravidität.
1 Kastration wegen Myom,
2 typische Adnexoperationen

1 Operation einer Hernie der Linea alba.

Von den Operirten starb nur eine nach einer Myomotomie, was eine Sterblichkeit von 4% ausmacht.

Trotzdem die Gesammtzahl der Operationen nicht gross ist, finden sich doch unter ihnen mehrere höchst interessante Fälle, die auch schon einzeln publicirt worden sind. An dieser Stelle sollen nur allgemeine bei den Operationen gemachte Erfahrungen besprochen werden, anhangsweise werden die betreffenden Krankengeschichten zum Schluss mitgetheilt.

Auf die für jeden Operateur wichtige **Narkosenfrage** zunächst kurz eingehend muss ich hervorheben dass ich keine Veranlassung gehabt habe, von dem schon früher an anderer Stelle [1]) mitgetheilten Standpunkt abzugehen. Nach wie vor sehe ich die Aethernarcose als die Normalmethode für einen Organismus mit gesundem Herzen, Nieren und Lungen an. Liegen aber Veränderungen dieser Organe vor, so tritt an uns die schwierige Frage heran, ob Chloroform oder Aether für den gegebenen Fall das weniger gefährliche Mittel sei. Im Allgemeinen wird man bei Lungenaffectionen dem Chloroform, bei Herzkranken dem Aether den Vorzug geben. Für Nierenkranke scheint die Frage noch nicht entschieden zu sein.

Man hat der Aethernarkose, während welcher anerkanntermassen unvorhergesehene Unglücksfälle gar nicht

[1]) Botkin's Hospital-Zeitung (russisch) 1894, Nr. 40.

oder viel seltener vorkommen als bei der Chloroformnarkose, vorgeworfen, dass dieser Vorzug des Aethers mehr als ausgeglichen werde durch die Spätwirkungen desselben, unter denen die Pneumonien den ersten Platz einnehmen. In neuester Zeit mehrt sich aber die Zahl der Beobachter, welche auch dem Chloroform deletäre Nachwirkungen vorwiegend auf Herz und Nieren nachsagen. Ich habe schon längst meine Aufmerksamkeit auf die Fälle von fortschreitender Herzschwäche nach einigen grösseren abdominalen Operationen gelenkt, welche zum Tode führt, ohne dass weitere Zeichen von Sepsis, auf welche diese Erscheinungen gewöhnlich bezogen werden, vorhanden wären. Sicherlich stirbt wenigstens ein Theil der erwähnten Pat. an Chloroformnachwirkung. Die anatomische Diagnose stösst deswegen auf Schwierigkeiten, weil dieselbe nur per exclusionen gestellt werden kann.

In der That ist es E. Fränkel[2]) gelungen 4 Fälle von spätem Chloroformtod (40 Stunden bis 18 Tage nach der Narkose) pathologisch-anatomisch sicherzustellen. Als specifische Veränderungen fand dieser Autor necrotische Vorgänge in den Parenchymzellen von Leber, Herz und Nieren.

In den Henle'schen Schleifen fand sich körniges und scholliges Pigment. In den Muskelzellen des Herzens war es zum Schwund der Querstreifung und zur Zerklüftung gekommen. Alle drei Organe waren verfettet. Prägnante klinische Symptome fehlen aber nach Fränkel.

Auch Eisendraht[3]) konnte in einem Falle nach der Chloroformnarkose schwere Veränderungen der Nierenepithelien nachweisen. Dieselben waren necrotischer Natur und analog den experimentell von Ungar[4]), Strassmann[5]) und Ostertag[6]) an Thieren hervorgerufenen Veränderungen. Ganz unlängst hat endlich Marthen[7]) einen hierhergehörigen Fall veröffentlicht.

Von den Vorzügen des Aethers vor dem Chloroform habe ich mich an einer sehr grossen Reihe von Narcosen überzeugt. Durch Rubricirung aller Erscheinungen während und nach der Narcose in einer Reihe von 200 Aethernarcosen suchte ich dem subjectiven Eindruck eine zahlenmässige Grundlage zu geben. In dieser Reihe von 200 Aethernarcosen befanden sich nicht weniger als 65 Laparotomien, auch sonst überwogen die länger dauernden Narcosen. Als Resultat dieser Untersuchungen konnte vermerkt werden, dass in 55% kein Erbrechen nach der Narcose eintrat, in 29% der Fälle kam es zum Erbrechen bald nach der Narcose, in 14% erbrachen die Pat. mehrfach und litten an länger dauernder Uebelkeit und nur in 2% der Fälle dauerten Uebelkeit und Erbrechen bis zum nächsten Tage. Meine Erfahrungen mit der Chloroformnarcose sind in dieser Richtung jedenfalls bedeutend schlechter, besonders bleibt das Erbrechen nach Laparotomien mit Chloroformnarcose kaum je aus.

Von den Nachwirkungen des Aethers interessirten mich besonders, da Lungenaffectionen nicht vorkamen, die Nierenveränderungen[8]). Es ergab sich, dass die enthusiastischen Angaben einiger Aetherfreunde (Butter[9]), Roux[10])) über die Unschädlichkeit des Aethers für die Nieren nicht zutreffen.

In 26% der Fälle, wo vor der Narcose kein Eiweiss im Urin vorhanden war, fand sich solches nach der Aethernarcose; freilich erschienen uns Spuren von Eiweiss in ²/₃ dieses Procentsatzes, während im übrigen Drittel messbare Mengen (¼—1¼‰ nach Essbach) nachgewiesen werden konnten. Dieser Procentsatz von Albuminurie nach Aethernarkose entspricht Eisendraht's[11]). Untersuchungen von 60 Fällen von Aethernarcose. Eisendraht fand in 25% nach Aethernarcose Albuminurie, während nach Chloroformnarcose in 32% der untersuchten 70 Pat Eiweissharnen beobachtet wurde. Hyaline, gekörnte oder epitheliale Cylinder fand ich mit wenigen Ausnahmen im eiweisshaltigen Urin. Die Albuminurie war nachweisbar in der Hälfte der Fälle nur in dem am Tage der Operation mit dem Catheter entnommenen Harn. Wo dieselbe länger anhielt nahm sie progressiv ab und schwand meist am zweiten Tage. Länger als 4 Tage, wie in nur einem Falle kam sie nicht zur Beobachtung. In 10 Fällen, wo schon vor der Narcose Eiweissharn vorhanden war (darunter 2 Fälle von puerperaler Eclampsie), nahm die Quantität des Eiweisses nach der Aethernarcose nachweislich nicht zu.

Diese Beobachtungen ergeben, dass die Giftwirkung des Aethers auf die Nieren eine geringere ist, als die des Chloroforms, für welches Luther[12]) fast stets Eintritt von Albuminurie und Cylindrurie nachwies. Das auch von andrer Seite (Becker[13]), Greven[14]) nach gewiesene Aceton konnte ich gleichfalls in ⅓ der Fälle nach der Aethernarcose im Urin auffinden. Endlich wäre noch auf das häufige Auftreten von Salzen, besonders Uraten, seltener Phosphaten nach der Aethernarcose hinzuweisen, dasselbe erklärt sich vielleicht durch den Säfteverlust bei grösseren Operationen wie auch die Concentration des wasserarmen Harnes.

Wenden wir uns nun nach diesen Bemerkungen über die Narcose zur Besprechung der Operationen selbst. Ich erlaube mir nur dabei auf einige noch unentschiedene Fragen kurz einzugehen.

Eine Beschreibung des «Ceremonials» bei den Laparotomien zu geben, wie es ja üblich ist, halte ich für überflüssig. Es kommt bei der Ausführung der Bauchschnitte wesentlich darauf an keimfrei zu operiren, deshalb müssen Operationsfeld wie auch die mit demselben in Berührung kommenden Hände, Instrumente und Verbandstücke steril sein. Antiseptica in die Bauchhöhle zu bringen ist unthunlich. Als ebenso unzulänglich oder gar schädlich erweist sich die Bauchhöhlentoilette, wenn infectiöser Inhalt von vereiterten Geschwülsten oder Tubensäcken in das Cavum peritonei gelangte. In solchen Fällen wird man sich darauf beschränken müssen, die verdächtigen Flüssigkeiten mit möglichster Schonung des Peritoneums auszutupfen.

Auswaschungen der Bauchhöhle mit antiseptischen oder grossen Quantitäten steriler indifferenter Flüssigkeit, wie sie ja noch von einigen Operateuren practicirt zu werden pflegen, dienen nur dazu den Infectionsstoff in der Bauchhöhle zu verbreiten.

In letzter Zeit hat die Frage, ob man der trockenen oder feuchten Asepsis bei den Bauchhöhlenoperationen der Vorzug geben solle die Autoren deswegen interessirt, weil behauptet wurde (Ashton, Walthard, Schäffer, Sänger), dass die an und für sich

---

[2]) Virch Arch. Bd. 129, pag. 254.
[3]) D. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 40, pag. 497.
[4]) Viertelj. f. gerichtl. Med. Neue Folge. Bd. 47.
[5]) Virch. Arch. Bd. 115, pag. 1.
[6]) Virch. Arch. Bd. 118, pag. 250.
[7]) Berl. klin. Wochenschrift 1896, Nr. 10.
[8]) Erwähnt sei, dass alle Operationen aseptisch ausgeführt wurden, in die Wunden resp. Gewebe keinerlei toxisch wirkende Substanzen eindringen konnten. Der zu untersuchende Urin wurde stets mit dem Katheter entnommen, sowohl vor als auch nach der Operation. Der nach der Narcose secernirte Urin wurde in 6-stündigen gesonderten Portionen aufgefangen, was mir von Wichtigkeit zu sein scheint.
[9]) Dieser Autor fand nach 500 Aethernarcosen nur ein mal Albumin im Urin. Arch. f. klin. Chir. Bd. 40.
[10]) Roux fand bei 115 Aethernarcosen 4 mal vor und nach der Narcose Eiweiss. Correspbl. f. die schweizer. Aerzte. 1888, pag. 578.
[11]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 40, pag. 494, 1895.
[12]) Klin. Zeit- und Streitfragen Bd. VII, H. 8.
[13]) Deutsche Med. Wochenschr. 1894, Nr. 16.
[14]) Centralbl. f. Gynäk. 1895, pag. 992.

vortheilhafteren und einfacheren trockenen Marlytupfer den Peritonealüberzug schädigen und der Bildung von Adhäsionen in dieser Weise Vorschub leisten sollen. Warme Anhänger der in Tavel'scher Lösung befeuchteten Tupfer sind Walthard und Sänger. Dagegen ist Zweifel nach Versuchen mit feuchter Asepsis zu den trockenen Marlytupfern zurückgekehrt, nachdem er auch nach Anwendung feuchter Asepsis einen Fall von Ileus nach Laparotomie erlebte. Ebenso beobachtete Schauta bei Anwendung der feuchten Asepsis mehr Ileusfälle nach Laparotomie als bei trockener Asepsis. Löhlein hat unter 300 Laparotomien der letzten Jahre keinen Fall von Ileus erlebt und ist deswegen der trockenen Asepsis treu geblieben.

Der bei weitem grösste Theil meiner Laparotomien wurde mit Hülfe trockener Marlytupfer und Compressen ausgeführt, und habe ich nicht den geringsten Grund damit unzufrieden zu sein; ebenso gaben aber auch einige wenige Operationen, bei welchen versuchsweise die Compressen mit sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet waren vollkommen gute Resultate. Für mich liegt bis jetzt keine Ursache vor von der trockenen, als der einfacheren Methode abzugeben.

Hinsichtlich der Frage von der Möglichkeit der Entstehung von Adhäsionen kann ich mit Zweifel darin nicht übereinstimmen, dass in der Bauchhöhle zurückgelassenes Blut zu Verwachsungen führt. In einem Falle von Graviditas tubaria, der vom Collegen A. Rymsza operirt wurde, war in der Bauchhöhle eine grosse Menge Blut zurückgelassen worden. Der bei derselben Person ein Jahr später zu Stande gekommene Ileus entstand infolge von Darmeinklemmung durch einen vom Stumpfe ausgehenden Strang. Irgend welche Verwachungen zwischen den Därmen konnte der die zweite Laparotomie ausführende Chirurg Dr. Zeidler nicht constatiren. Ueberhaupt habe ich mich davon überzeugt, dass den zwischen den Darmschlingen zu Stande kommenden Verklebungen nur selten eine practische Bedeutung zugesprochen werden kann. Selten kommt es zu organisirten, die Darmcirculation behindernden Verwachsungen; wohl stets verschwinden diese und werden resorbirt, was meiner Meinung nach auf die peristaltischen Bewegungen des Darmes bezogen werden muss.

Als eclatanten Beleg für die Richtigkeit dieser Anschauung führe ich den von mir operirten Fall (№ 25) einer Hernie der Linea alba an. Dieselbe Pat. war $3^1/_2$ Jahre früher von Dr. Wasten laparotomirt worden, wobei die allerausgedehntesten Verklebungen zwischen den Därmen constatirt wurden. Diese Verklebungen resp. Verwachsungen waren dermassen fest, dass auf die Ausschälung eines Pyosalpinxsackes verzichtet werden musste; derselbe wurde in die Bauchdecken eingenäht. Bei der zweiten Laparotomie konnte ich ausser einer Verwachsung des Netzes mit der vorderen Bauchwand und einigen leichten Verwachsungen am Uterus nichts Abnormes constatiren. Alle Darmschlingen erwiesen sich als frei.

Etwas anderes ist es, wenn es zu Verklebungen oder Verwachsungen mit mehr oder weniger unbeweglichen Organen kommt. Stränge, die von Operationsstumpfen ausgehen oder Verwachsungen am Uterus oder seinen Adnexen pflegen nicht so leicht zu verschwinden. Secundärer Ileus nach Laparotomien kommt wohl am häufigsten gerade durch derartige Verklebungen zu Stande.

Von der Tamponade der Bauchhöhle oder richtiger gesagt des kleinen Beckens habe ich verhältnissmässig häufig, 8 mal, Gebrauch gemacht. Und zwar wurde das Ende des fächerförmig in die Abdominalhöhle gebrachten Marlytampons 4 mal durch den unteren Wundwinkel und 4 mal durch das Scheidengewölbe hinausgeleitet. In 5 Fällen wurde mit Jodoformmarly in 3 Fällen mit sterilisirter Marly tamponirt. Den Zweck der Tamponade sehe ich in erster Linie in Trockenlegung von aus stumpf getrennten Adhaesionen blutenden serösen Flächen und in der Stillung parenchymatöser Blutungen aus verletzten Zellräumen. In zweiter Linie bewirkt die Tamponade eine Drainage und Abgrenzung inficirter Abschnitte der Bauchhöhle durch Bildung von Verklebungen von dem übrigen Theil des Cavum peritonei. Doch geht mein Bestreben dahin so häufig als möglich einen völligen Verschluss der Bauchhöhle gleich bei der Operation vorzunehmen, ohne dass ich jedoch die Bauchhöhlen-Drainage mit Zweifel[15]) als «krankhaften Auswuchs» der Bauchhöhlenchirurgie ansehe. In den 4 Fällen, wo der Tampon durch den unteren Wundwinkel hinausgeleitet wurde (Fall 13, 14, 20 und 24), wurde er nach 2 Tagen wieder entfernt. Die schon bei der Operation angelegten Nähte wurden dann geknüpft und damit die Bauchhöhle endgültig geschlossen. In dem tötlich verlaufenen Falle (20) fanden sich in der Beckenhöhle 200 Cbcm. blutiger Flüssigkeit, die sowohl aus der theilweise ihrer Peritonealbekleidung entblössten Wand des kleinen Beckens als auch aus dem Myomstumpf stammte. Bei dem desolaten Zustande der Patientin muss diese wenn auch geringe Nachblutung, die durch die Tamponade des Beckens nicht verhindert wurde, nicht ohne Bedeutung für den ungünstigen Ausgang angesehen werden. In 2 weiteren Fällen (14 und 24) verheilten die Secundärnähte per primam und wies eine der beiden Patientinnen 2 Jahre nach der Operation, die andere mehr als 3 Jahre nach der Operation keinerlei Hernie auf. Bei der letzten Patientin (13) heilte die Wunde an der Stelle der Secundärnähte nicht glatt zu Auch im Stichkanal der nächsten benachbarten primären Naht zeigte sich ein Tröpfchen Eiter, dagegen verheilte der übrige Abschnitt der Wunde per primam. Ohne dass Fiebersteigerungen aufgetreten wären bildete sich eine im unteren Wundwinkel mündende Beckenbauchfistel, die über 8 Monate lang offen blieb, und aus welcher ich während dieser Zeit von Zeit zu Zeit offenbar vom Operationsstumpf stammende Seidenligaturen mit dem Häckchen extrahirte.

Die Gefahr der Bildung von Beckenbauchfisteln, in deren Gefolge später Hernien auftreten, veranlasst mich der Tamponade durch das Scheidengewölbe den Vorzug zu geben. Nur in den Fällen, wo der Weg durch die vordere Bauchwand der kürzere ist kann durch den Wundwinkel tamponirt werden. In allen Fällen von unreinen Operationen (z. B. Pyosalpinx), wo man durch den Wundwinkel den Tampon leitet, ist auf eine primäre Verwachsung an dieser Stelle kaum zu rechnen.

In den 4 Fällen (9, 20, 21 und 22), wo durch den Fornix vaginae tamponirt wurde, habe ich den Marlystreifen nach 5 Tagen entfernt. In einem Falle handelte es sich um Pyosalpinx, in 3 Fällen um Totalextirpation myomatöser Uteri. In allen Fällen konnte ich mit der Tamponade zufrieden sein.

Ueber die beste Methode der Bauchnaht nach Laparotomien sind die Meinungen der Operateure noch sehr getheilt. Während in früheren Zeiten fast ausschliesslich die einfache einetagige Naht nach Spencer-Wells ausgeführt wurde, ist sie jetzt fast ganz verlassen. Ihr unleugbarer Vortheil besteht darin, dass keinerlei als Fremdkörper wirkendes Nahtmaterial in der Wunde zurückgelassen zu werden braucht und breite Wundflächen aneinander zu liegen kommen, ihr Nachtheil darin, dass anatomisch zusammengehörige Schichten, insbesondere die Fascien, nicht zusammengebracht werden. Einer ihrer wenigen Anhänger ist Kossmann[16]), der sich dabei vom Gedanken leiten lässt, dass es überhaupt un-

[15]) Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1893, pag. 63.
[16]) Centralbl. f. Gynäk. 1896, Nr. 44.

möglich sei ein so dünnes Gebilde wie die Fascie durch versenkte Nähte so zu schliessen, dass sich die Ränder nicht über, sondern aneinander lagern. Auch F r i t s c h[17])

Die Etagennaht der Bauchwunde wird verschieden ausgeführt. Die theoretisch am richtigsten ausgeführte Naht besitzt 4 Etagen (Peritoneum, Muskeln, Fascien und Haut), viele Operateure beschränken sich aber darauf in 2 Etagen zu nähen, wobei eine versenkte Etage auf die Fascie resp. Fascie und Muskulatur gelegt wird.

In 4 Fällen habe ich die einfache Knopfnaht ausgeführt und reactionslose Heilung erzielt. Eine Pat. hatte noch nach 1 Jahr eine schöne feste Narbe und keine Andeutung einer Hernie, zwei Pat. kommen nicht in Betracht, da bei einer ein Myomstumpf in die Wunde eingenäht wurde und die zweite an der Operation starb. Ueber die vierte Pat. habe ich keine Nachrichten.

In der letzten Zeit habe ich die Bauchnaht in 21 Fällen in folgender Weise angelegt. Es werden durch die ganze Bauchdecke in ziemlich weiten Abständen (3—4 cm.) Entspannungsnähte angelegt. Darauf die Fascie durch eine versenkte Etage sorgfältig vernäht, die tiefen Nähte provisorisch geknüpft und halbtiefe und oberflächliche Hautnähte angelegt. Nach Knüpfung letzterer werden die tiefen Nähte wenn nöthig losgeknüpft und in richtiger Spannung geknotet. Als Nahtmaterial wurde ausschliesslich sterilisirte Seide verwandt. Um Eiterungen zu vermeiden ist darauf zu achten, dass die tiefen Nähte nicht zu fest angezogen und nicht zu dicht angelegt werden, wodurch augenscheinlich eine Ernährungsschädigung der Gewebe hervorgerufen wird.

Kommt es zu irgend welchen Eiterungen, so hat sich mir ein feuchter Compressenverband mit Borsäure sehr gut bewährt. Unter demselben, der so häufig gewechselt werden muss, dass er nicht austrocknet (alle 2 Tage etwa), schwinden Röthung und geringe Eitersecretionen schon nach wenigen Tagen, auch erhält die Narbe ein lineäres Aussehen. Die Nähte habe ich am 8 Tage, selten später entfernt.

Die mit dieser Nahtmethode erzielten Resultate waren recht befriedigende. Nur in 7 Fällen kam es zur Stichkanaleiterung, darunter nur 2 mal zur Bildung von Abscessen. In einem dieser Falle eiterten 2, im anderen 6 Fasciennähte heraus. In einem weiteren Falle bildete sich 5 Monate nach der Operation ein kleiner Fistelgang, aus welchem gleichfalls eine Fasciennaht mit dem Häkchen extrahirt wurde.

Aus der Zahl der 21 nach der beschriebenen Nahtmethode behandelten Laparotomien habe ich 11 Pat. später auf eine Bauchhernie hin untersuchen können. Von ihnen hatte eine Pat. eine Hernie, 10 wiesen eine tadellose Bauchnarbe auf. Bei der Pat. mit der Hernie war es nach der Operation zur Bildung eines kleinen Abscesses gekommen. Ohne Hernie waren 4 Patientinnen nach 1 Jahr, 2 Kranke nach $1^1/_2$ Jahren, 2 nach 2 Jahren, 1 nach $2^1/_2$ Jahren und eine über 3 Jahre.

Bei primärer Verheilung der Bauchwunde scheint die Etagennaht vor dem Entstehen einer Hernie mit ziemlich grosser Sicherheit zu schützen, leider lassen sich aber Eiterungen und Ausstossungen von versenkten Nähten selbst längere Zeit nach der Operation nicht immer vermeiden. Wo es aber zu einer Eiterung gekommen ist, lässt das Auftreten einer Hernie gewöhnlich nicht lange auf sich warten. Eine ideale aseptische Bauchnaht ist deswegen das beste Prophylacticum für die Bauchhernie.

Wegen der vorkommenden Ausstossungen von versenkten Nähten sind in letzter Zeit Vorschläge gemacht die Vereinigung der einzelnen Schichten besonders der Fas-

[17]) Bericht über die gynäk. Operationen etc. 1893, pag. 43.
übt noch die einfache Bauchnaht.

cie durch Nahtmethoden zu erzielen, bei **welchen das** Entfernen aller Nähte wohl möglich ist. **Die von** K e h r e r[18]) vorgeschlagene Achternaht **scheint mir der** A m a n n[19]) vorgeschlagene Nahtmethode **verdient Be-**

Als beste Methode der **N a c h b e h a n d l u n g n a c h** L a p a r o t o m i e n hat sich mir ein vollständig **e x p e c t a t i v e s** V e r h a l t e n bewährt. Gegen die **Uebelkeit** und das Erbrechen nach der Narkose gibt es **kein** einziges wirksames Mittel. In 2 Fällen schienen **gleich** nach der Operation applicirte Kochsalzwasserclystiere den sonst fast nie fehlenden quälenden Dunst **nach der** Operation beseitigt zu haben. Aehnliche Beobachtungen sind in jüngster Zeit von W i t t e[20]) und **C l a r k**[21]) gemacht worden. Letzterer Autor hat constatiren können, dass die Urinserection in den ersten **Tagen nach** der Operation nach solchen Clystieren stärker **ist, als** wenn unmittelbar nach der Laparotomie **keine vertale** Wassereingiessung gemacht wurde. Opiate **und** Narcotica (Morphium) gebe ich nur bei starken **Schmerzen**, erstere halte ich nicht für erforderlich zur Ruhigstellung des Darmes. Schon nach 3 Tagen verordne **ich ein** Lavement, und wenn dasselbe nicht wirkt, ein **Laxans**.

Indem ich jetzt zu den einzelnen Categorien der Operationen übergehe, führe ich zunächst an, dass ich die Anwesenheit einer Ovarialcyste als genügende **Indication** zur Vornahme der O v a r i o t o m i e ansehe, ohne auf die Grösse der Geschwulst Rücksicht zu nehmen. Von den 9 Ovariotomien betarf freilich die Operation nur ein mal eine apfelgrosse Cyste, während in den anderen Fällen ziemlich grosse Geschwülste entfernt wurden. Eine der ovariotomirten Patientinnen war 72 Jahr alt. In einem Falle handelte es sich um ein Dermoid. Die sehr bewegliche Geschwulst lag gewöhnlich vor dem Uterus. Bei einer anderen Kranken konnte **ein** characteristisches «Küstersches Symptom» constatirt werden, indem die kindskopfgrosse Cyste stets vor dem Uterus lag, wohin sie auch nach vorgenommener Dislocation stets zurückkehrte. Trotzdem ergab die Operation **kein** Dermoid, sondern eine einkammerige dünnwandige **Cyste**. Zwei Pat. hatten doppelseitige Kystome, und eine litt an Blutungen während der letzten 4 Monate. Verhältnissmässig häufig wurden Stieldrehungen verzeichnet **und** zwar hatte sich in 2 Fällen der linksseitige Tumor **von** links nach rechts, in einem Falle der rechtseitige Tumor von links nach rechts gedreht. Die Stieldrehung führte bei einer Pat. zu keinerlei besonderen Symptomen, wenn man nicht den geringen Ascites in diesem Falle darauf beziehen will. Bei einer zweiten Pat. bestanden dagegen 4 Wochen lang Leibschmerzen und fand sich Pulsbeschleunigung ohne Temperatursteigerung. Die Stieldrehung hatte in diesem Falle zu allseitigen Verwachsungen mit den Nachbarorganen geführt, die sich aber noch zum grössten Theil stumpf trennen liessen. Bei der dritten Pat. war es in Folge der Stieldrehung zu Blutungen in den Tumor, consecutiver Ruptur desselben und zu einem Bluterguss in die freie Bauchhöhle gekommen. Es handelte sich hier nur eine acut verlaufende Stieldrehung, die mit Fieber einherging.

(Schluss folgt).

Referate.

A. F r e u d e n b e r g. Die galvanokaustische Radikal-Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

[18]) Centralbl. f. Gynäk. 1896, Nr. 44.
Nachprüfung wohl werth zu sein. Auch die von
[19]) Centralbl. f. Gynäk. 1896, Nr. 40, pag. 1016.
achtung.
[20]) Deutsche Med. Wochenschr. 1896, Nr. 26.
[21]) Americ. Journ. of Obstetr. Aug. 1896, pag. 184.

(Berl. klin. Wochenschrift Nr. 15, 12. April 1897, nach einem in der «Berliner med. Gesellschaft» am 24. März 1897 gehaltenen Vortrage. Autoreferat.)

Wer den unerträglichen Zustand vieler an den Katheter gefesselter Prostatiker kennt und gesehen hat, wie solche Kranke, — sei es durch Schwierigkeiten beim Katheterismus, Blutungen, falsche Wege, sei es durch zur Pyelonephritis führende ascendirende Infection — von vielfacher Lebensgefahr bedroht sind, wird es begreifen, dass immer von neuem Versuche gemacht wurden, die Patienten zu einer normalen Blasenfunction zu bringen. F. erwähnt die verschiedenen therapeutischen Massnahmen (einfache Aetzung der Pars prostatica. Dehnung und Incision des Blasenhalses. Injectionen in das Gewebe der Prostata, Elektrolyse, Unterbindung beider Iliacae internae, Ausschneidung, Ausschälung und Ausbrennung von Prostatateilen von Harnröhre, Mastdarm, Damm- und Bauchdecken aus, Exstirpation der ganzen Prostata.) Die kleinen Eingriffe, auch sie nicht immer ohne Gefahr, sind erfolglos; die grossen auch sie häufig ohne Erfolg, haben sich als zu gefährlich erwiesen. Auch die neuesten therapeutischen Methoden, Samenleiterdurchschneidung und Kastration, möchte F. als Normalmethoden nicht ansehen, sondern ist der Ansicht, dass dieselben als solche bald wieder vergessen sein werden, wie die einst vielgepriesene Castratio mulicoris bei Uterusmyomen. F. empfiehlt vielmehr der Aufmerksamkeit die jetzt 22-jährige, von glänzenden Erfolgen gekrönte, aber trotzdem wenig beachtete Methode Bottini's, die noch ungefährlicher, dabei wesentlich zuverlässiger im Erfolge und frei von den unangenehmen Nebenwirkungen jener ist. Sie besteht in einer galvanokaustischen Zerstörung resp. Spaltung der den Urinabfluss hindernden Prostatapartien per vias naturales. Bottini entwickelte den ersten Plan dazu 1874, machte die erste Operation am 26. October 1875 und brachte die erste Publikation in deutscher Sprache — bereits mit 5 erfolgreichen Fällen — 1877 (in v. Langenbecks Archiv). Das Instrumentarium besteht, abgesehen von der Elektricitätsquelle, aus dem «Cauterizzatore prostatico» (siehe Figur a) und dem «Incisore prostatico» (siehe Figur b). Beide katheterförmig, mit kurzem, beinahe rechtwinklig abgebogenem Schnabel. Ersteres Instrument trägt dicht am Schnabel eine 2—2½ cm lange, auf einem Porzellanplättchen aufliegende, durch den elektrischen Strom zum Glühen zu bringende Platinplatte; letzteres besteht, einem Lithotriptor nicht unähnlich, aus einem männlichen und einem weiblichen Arm; der männliche trägt als Schnabel ein ca. 1½ cm hohes Platinmesser, welches aus der Nische des weiblichen Schnabels durch die Drehung einer Archimedischen Schraube heraustritt. Eine am peripheren Theil des Schaftes angebrachte Scala gestattet den Weg des Messers bis auf Milimeter genau abzulesen. Beide Instrumente zeigen ausserdem am Schaft die Ein- und Ausflussröhrchen einer Kühlvorrichtung, durch welche man aus einem Irrigator Wasser bis zur Spitze des Instruments und zurück cirkuliren lassen kann, — eine seit 1882 angebrachte Verbesserung von grösster Wichtigkeit, weil nur dadurch Harnröhre und Blase vor unbeabsichtigten Verbrennungen gesichert werden. Diese Wasserkühlung functionirt so exact, dass man selbst beim intensivsten Glühen der Platintheile, den Finger unmittelbar daneben auf den Schaft legen kann, ohne ihn auch nur warm zu fühlen. Der «Cauterizzatore» wirkt mehr zerstörend, der «Incisore» spaltend. Bottini wendet seit den letzten Jahren ausschliesslich den letzteren an; auch F.'s Operationen sind mit dem Incisor ausgeführt. Die Technik der Operation, der möglichst eine kystoskopische Untersuchung vorausgehen soll, ist überaus einfach. Statt der nie erforderlichen Narkose genügt eine Injection von 5 grm 1% Cocainlösung in die Harnröhre, die man etwa 5 Minuten darin lässt, und von der man einen Theil durch streichende Bewegungen am Damm in die Pars posterior urethrae bringen kann. Die Operation ist dann so gut wie ganz schmerzlos. Auch ohne Cocain hat Bottini nur beim Schliessen und Oeffnen des Stroms einen momentanen Schmerz auftreten sehen. — Die Blase wird vollständig entleert. Nachdem das Instrument, von dessen tadellosem Functioniren man sich noch einmal überzeugt, nach den gewöhnlichen Regeln des Katheterismus in die Blase eingeführt ist, wird der Schnabel nach der Richtung gedreht, in welcher man brennen will. Man setzt die Wasserkühlung in Gang, die während der Operation nie versagen darf, hakt die Prostata durch Anziehen des Instruments so fest als möglich an (wobei man die richtige Lage des Instruments mit dem Finger per anum kontrolliren kann) und schliesst den Strom; der Rheostat muss vorher so eingestellt sein, dass der Kauter intensiv rotglühend, aber noch nicht weissglühend wird. Man lässt dann durch Drehen des Rades das Platinmesser langsam aus seiner Nische heraustreten und in die Prostata eindringen. Fühlt man bei der Drehung des Rades stärkeren Widerstand, so steigert man den Strom; geht das Rad zu leicht, so schwächt man ihn in geeigneter Weise ab. Hat der Schnitt die gewünschte Länge, so schiebt man das Messer durch umgekehrte Drehung in seine Nische zurück. Es ist zweckmässig, sich nicht auf eine Spaltung zu beschränken, sondern mehrere in verschiedenen Richtungen vorzunehmen. Dauer der Operation je nach der Zahl der Spaltungen 1½—5 Minuten. Beschwerden der Patienten bei und nach derselben sehr unbedeutend. Einige von F.'s Patienten versicherten ausdrücklich, dass die Operation weniger schmerzhaft war als die vorausgegangene Kystoskopie resp. die Untersuchung mit der Steinsonde. Der von Bottini operirte Arzt Musatti gab an dass die Operation weniger schmerzhaft war als die Aetzung der Pars prostatica mit Argent. nitr. — In den nächsten Tagen besteht nur ein wenig Brennen beim Urin lassen. F. liess seine Patienten theilwsise schon 1—2 Tage nach der Operation, zum Urinlassen alle sofort aufstehen. Temperatursteigerung nicht nennenswerth. Blutung meist minimal; schon in der nächsten Nacht Urin mitunter makroskopisch blutfrei. In einem Fall von Kümmel trat Blutung ein, weil Patient den Verweilkatheter eigenmächtich entfernt hatte; Sectio alta zwecks Stillung der Blutung konnte den Tod wenige Tage danach nicht hindern. F. sah in einem seiner Fälle Nachblutung, die durch Einlegen eines Verweilkatheters sofort stand, in Folge eines später abgehenden abgeschnittenen Prostatastückes von Kugelsegmentform von Grösse und Gestalt einer der Fläche nach halbirten Mandel entstehen. Czerny sah einmal eine Verbiegung des Platinmessers, wobei die Entfernung des Instruments aus der Blase «etwas erschwert» war (offenbar die Folge ungenügender Glühwirkung bei Gebrauch der recht inkonstanten Tauchbatterie, während F. die Bottini'sche Akkumulatorenbatterie benutzt, mit der er ohne frische Ladung, so wie sie von Mailand kam, seine erste Operation machen konnte). Die Elektricitätsquelle muss unbedingt genügend stark, absolut konstant und durch Rheostat genau regulirbar sein. Der Erfolg der Operation ist beim Incisor fast unmittelbar (beim Kauterisator erst nach Abstossung des Brandschorfes, selbst bis zu 30 Tagen). Selbst 80-jährige, seit Jahr und Tag vollständig an den Katheter gebundene Patienten fangen häufig schon wenige Stunden nach der Operation an selbstständig zu uriniren. Nachbehandlung besteht demgemäss nur beim Kauterisator in regelmässigem Katheterismus (kein Verweilkatheter); im übrigen Blasenausspülungen bei bestehender Cystitis, und eventuell Strichninpräparate, kühle Blasenduschen und Elektricität zur Anregung des Detrusor. Die Einwände gegen die Operation, dass sie zu gefährlich ist, nur in Ausnahmefällen nutzen könne, weil man nur durch den Finger in der Blase oder durch das Auge sich ein Urtheil über die Prostata bilden kann, endlich dass die getrennten Partien wieder zusammenheilen, sind teoretisch unrichtig und werden durch die Erfahrung widerlegt (in über 80 Fällen Bottini's nur zwei Todesfälle, welche vielleicht nur dem früher unvollkommenen Instrumentarium zur Last fallen, auf den Incisor scheint überhaupt kein Todesfall zu kommen; Rezidive hat Bottini in 22 Jahren nie gesehen!

F. berichtet dann über die bisher publizirten anderweitigen (übrigens nur geringen) Erfahrungen von Bruce Clark Kümmel und Czerny und seine eigenen 5 Fälle (3 mit Vorstellung): 1. 81-jähriger Patent, seit drei Wochen völllig an das Bett gefesselt, äusserst dekrepide; seit acht Wochen komplette Urinretention. Enuresis, schwere Cystitis. Zwei Sitzungen. Vier Tage nach der letzteren und 10 Tage nach der ersten Beginn der spontanen Urinentleerung. Resultat: Urinirt 6—7 mal in 24 Stunden, Katheter wird gar nicht mehr gebraucht, Residualurin fast Null, Enuresis verschwunden. Der früher fast aufgegebene Patient hat trotz seiner 81 Jahre über 28½ Pfund zugenommen und bietet ein Bild blühendster Gesundheit; Fall 2: 67-jähriger Patient, komplette Urinretention seit 5 Monaten, starke Enuresis bei Tag und Nacht; Urin mehlsuppenartig; dringender Verdacht auf chronische Pyelitis; seit über ¼ Jahr völlig an das Bett gefesselt, fast aufgegeben. Vier Stunden nach der Operation Beginn der spontanen Urinentleerung. Resultat: urinirt 7—9 mal in 24 Stunden; Trübung des Urins geringer, Enuresis nur noch nachts; braucht zum Urinentleeren Katheter gar nicht mehr, wird alle paar Tage noch mal ausgespült, das einzige, was ihn an sein früheres «Katheterleben» erinnert. Residualurin zuletzt 47, 39 und 55 ccm., noch beständig im Sinken begriffen. Fall 3, 63-jähriger Patient mit enormer Häufigkeit des Urindrangs, 60—70 mal in 24 Stunden; Blasenspülungen ohne jeden Erfolg. Drei Tage nach der Operation die erwähnte Nachblutung, die nach dreitägigem Bestand durch Verweilkatheter sofort stand. Abgang des oben geschilderten Prostatastückes, seitdem rapide Besserung, urinirt nur 8—9 mal in 24 Stunden, Allgemeinbefinden ausgezeichnet, Gewichtszunahme 4 Pfund in 3 Wochen. Fall 4: 68-jähriger Patient, seit 5 Monaten komplette Urinverhaltung, starke Enuresis im Sitzen und Liegen; bereits 3 Stunden nach der Operation spontane Entleerung von 111 ccm.,

abends 271 ccm., Kathetereinführung erfolgt erst vom 16. Tage nach der Operation wieder, täglich einmal, nur zum Zweck der Blasenausspülung; unfreiwillig ist vom Moment der Operation auch nicht ein Tropfen Urin mehr abgegangen. Fall 5: 71-jähriger Patient war gezwungen, sich dreimal täglich zu katheterisiren und musste trotzdem noch alle Stunden uriniren (nicht katheterisirt muss er alle 20—30 Minuten mit Schmerzen uriniren). Seit der vor 1 Monat erfolgten Operation nicht wieder Katheter nöthig gewesen. Urinirt 7—9 mal in 24 Stunden, hat bereits Miktionspausen von 7—7¼ Stunden gehabt. Gewichtszunahme 5½ Pfund in 3 Wochen! — Nach dieser, wenn auch kleinen Zahl von ausgezeichneten Erfolgen, denen kein Misserfolg gegenübersteht, hält F. die Bottinische Operation dringend der Aufmerksamkeit für werth.

E. Grunmach: Ueber die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die innere Medicin. Therapeutische Monatshefte № 1, 1897.

Um die Bedeutung der Röntgen Strahlen für die innere Medicin zu würdigen, hat Verf. bei einer Reihe innerer Erkrankungen Versuche mittelst der Durchstrahlung angestellt. Zur Gewinnung möglichst scharfer Bilder von Körpertheilen sowohl in der Ruhe, als auch in der Bewegung benutzte G. neben vorzüglichen Fluorescenzschirmen hochgradig evacuirte Röntgen-Röhren und Inductorien von 40—50 cm. Funkenlänge. Ferner waren zur genauen Bestimmung von Form und Grösse der Organe auf dem Rahmen der Schirme dünne Celluloid- oder Glasplatten befestigt, worauf mit Porzellanstift die beobachteten Grenzen scharf umzogen und von dort auf Papier übertragen werden konnten. Um jede künstliche Vergrösserung der Organe durch die Röhrenform zu vermeiden, wurden die Körpertheile in verschiedener Entfernung von der Röhre durchstrahlt und aus mehreren so gewonnenen Grössenbestimmungen erst die wirklichen Grenzen der Organe festgestellt. In 3 Fällen von Stenose der Trachea (in Folge von Struma) gelang es bei seitlicher Durchstrahlung des Halses eine deutliche Verengerung der Luftröhre zu constatiren. In 2 Fällen von Lungenerkrankung konnte Verf. mit Hülfe der Röntgen-Strahlen grosse Tumoren der rechten Lunge feststellen, die sich als matte Schattenbilder von dem viel dunkler erscheinenden Herzschatten, bei tiefer Inspiration auch durch die geringe Beweglichkeit, abhoben; während sich die linke Lunge hell, durchscheinend und sehr beweglich zeigte; in einem dieser Fälle bestätigte später die Section den Befund. Verf. konnte ferner eine grosse Zahl chronischer Pneumonien mittelst der Durchstrahlung feststellen; in der durchscheinenden Lunge markirten sich die Verdichtungsherde durch dunkle Schattenbilder; dagegen konnten Lungencavernen mit Hülfe der Strahlen nicht nachgewiesen werden. Bemerkenswerth war das Ergebniss der Untersuchung in einem Falle von eitrigem Exsudat der linken Pleurahöhle. Bei der Durchstrahlung des Thorax konnte die Ausdehnung des Exsudats durch die benachbarte, comprimirte linke Lunge und das nach rechts verschobene Herz aus drei verschiedenen Schattenbildern deutlich ersehen werden; auch bei Emphysem der Lungen mit Tiefstand des Zwerchfells und geringer Excursionsfähigkeit desselben erhielt Verf. durch die Röntgen-Strahlen genaue Aufklärung über die Lage, Ausdehnung und Bewegung der Lungen und über die Excursionsbreite des Diaphragma. Es wurden ferner 2 Fälle von Insufficienz der Aortenklappen mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels untersucht; in beiden Fällen zeigte sich der Herzschatten fast um das Doppelte des normalen nach links vergrössert. Ausserdem fielen bei Beobachtung der Herzbewegung mittelst der Durchstrahlung neben den zwischen Herzbasis und — Spitze hervortretenden kräftigen Contractionen, flatternde Bewegungen des Herzschattens, besonders in dem linken peripherischen Theil desselben auf. Es liess sich auch in dem einen der Fälle eine Erweiterung der aufsteigenden Aorta aus dem verbreiterten, unter dem Manubrium sterni und weiter nach links hin sich bewegenden Schatten mit Bestimmtheit erkennen. In 2 Fällen von Myocarditis gelang es Verf. durch Fixirung der bewegten Schattenbilder des Herzens den besonderen Rhytmus der Herzcontractionen nachzuweisen (in dem einen Fall — pulsus alternans, im 2. pulsus bigeminus). In mehreren Fällen von Volumen pulmonum auctum, wo das Herz fast ganz überdeckt war und percutorisch die Grenzen nicht zu bestimmen waren, gelang es dem Verf. die Lage und Grösse des Herzens in exacter Weise darzustellen. Er hat ferner mit Hülfe der Röntgen-Strahlen die Wirkung der Digitalis auf die gestörte Herzthätigkeit genau verfolgen können und dürfte somit diese neue Untersuchungsmethode zu pharmacologischen Zwecken auch Verwendung finden.

Abelmann.

James Cantlie: Bemerkungen über die Behandlung der Bubonenpest. British Med. Journal 1897. Jan. 30

Der Verf. welcher seine Beobachtungen in Hongkong gemacht hat, spricht sich dahin aus, dass man bei keiner Krankheit so augenfällige Resultate durch eine gewissenhafte Behandlung und sorgfältige Pflege erzielen könne, wie bei der Behandlung der Pest. Besonders gilt dies für die Erkrankung der Europäer. Von diesen starben 1894 in Hongkong 18,2% der Erkrankten, während die Mortalität bei den Chinesen 95% betrug. Erforderlich ist es, dass die ärztliche Hülfe schnell zur Hand sei, da der Verlauf der Krankheit ein sehr wechselreicher und rapider ist. Im Hospital dürfen nicht mehr als 2 Kranke einem Pfleger anbefohlen sein, dieser muss stets bei seinen Kranken sein und in möglichst kurzen Intervallen (4—8 Stunden) abgelöst werden. Im wesentlichen ist die Behandlung eine symptomatische, bald muss gegen das Delirium vorgegangen werden, bald gegen Erscheinungen von Seiten des Herzens oder Erbrechen. Unerwartetes Auftreten von Collaps erfordert energisches Handeln von Seiten des Arztes. Die Intoxication durch die Produkte des Pestbacillus ist so acut, dass ausser den Drüsenentzündungen nur geringe Structurveränderungen in den Organen zu finden sind. Im Beginn der Erkrankung sind Abführmittel, Calomel und Mittelsalze, zu empfehlen: Darnach sistirt häufig das Erbrechen, und die Möglichkeit der Nahrungszufuhr ist wieder hergestellt. Daraus ergiebt sich auch die Nothwendigkeit einer genauen Desinfection der Faeces und aller mit dem Kranken in Berührung gekommenen Gegenstände. Nahrung muss häufig in kleinen Quantitäten und in leicht verdaulicher Form zugeführt werden, Uebermass kann schädlich auf die Herzthätigkeit einwirken. Als Getränk wird Wasser, und kaltes Bier, verdünnter Brandy oder Whisky gereicht. Bei Collaps ist Alcohol noch mehr indicirt. Bei Delirium wird Kälte auf den Kopf applicirt. Als Hypnoticum hat sich am besten Hyoscin $^{1}/_{100}$ gran subcutan bewährt. Ebenso kann Morphin $^{1}/_{8}$—$^{1}/_{4}$ gran subcutan nicht immer entbehrt werden; Natr. bromatum darf gelegentlich gegeben werden. Gegen Durchfall soll man nicht eher als nach 12 Stunden vorgehen und zwar, wenn der Pat. dadurch erschöpft scheint. Am meisten empfiehlt sich dagegen Salol a 0,6 innerlich oder im Clysma mit Opium und Stärke. Gegen das Erbrechen helfen am besten ein Senfteig auf die Magengegend und innerlich Narkotica, bei längerer Dauer desselben ist es ein ungünstiges Zeichen.

Gegen das Fieber sollten die stark wirkenden Antipyretica (Antipyrin und Phenacetin) nicht angewandt werden. Unter den Stimulantien hat sich die Digitalis am schlechtesten bewährt, dasselbe gilt vom Strophantus. Dagegen giebt das Strychnin innerlich oder subcutan verabreicht die besten Resultate. Die Drüsenabscesse sind sobald Fluctuation auftritt zu öffnen, Injectionen in dieselben von verschiedenen antiseptischen Mitteln sind nicht zu empfehlen. Weder zu frühe Incision der Drüsen, noch Excision derselben ist angebracht; da es sich um Polyadenitis handelt ist eine radicale Entfernung der inficirten Drüsen undurchführbar.

W. Beckmann.

M. Wilms: Diagnostischer und therapeutischer Werth der Lumbalpunction. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 3).

Bei 23 Kranken des Kölner Augustahospitals wurden 30 Punctionen ausgeführt, nicht in Chlorofomnarkose, wie noch jüngst Strauss empfahl, sondern meist unter Schleich'scher Infiltrationsanaesthesie, die die Punction absolut schmerzlos macht. Darunter befanden sich 4 Fälle von Meningitis cerebrospinalis epidemica, die 6 mal punctirt wurden. 5 mal war das Punctat trübe und eitrig, einmal dagegen vollkommen klar, in 3 Fällen gelang der Nachweis des Weichselbaum'schen Meningococcus. 3 Patienten starben (einer 2 Stunden nach der Punction), einer genas (ohne Bacterienbefund), bei dem sofort nach der Punction eine bedeutende Besserung auftrat. 5 Fälle von Meningitis tuberculosa wurden 6 mal punctirt. Nur in einem Fall wurden Tuberkelbacillen gefunden (Lichtheim und Fürbringer konnten sie in den meisten Fällen nachweisen). Die Punction ergab klare Flüssigkeit mit Ausnahme eines Falles, bei dem getrübtes Serum ablief. Einem gewissen therapeutischen Erfolg in Bezug auf das Sensorium glaubt Autor das Wort reden zu müssen. Alle 5 Patienten starben. Bei 3 Fällen von «Pseudomeningitis» im Verlauf von Infectionskrankheiten (Sepsis, croupöse Pneumonie, Typhus abd.) liess sich nur der negative Befund verwerthen: Sterilität des Punctats und Mangel der Entzündungserscheinungen. Bei 2 dieser Fälle und bei den folgenden hat Autor genauere Druckmessungen ausgeführt mit einem von ihm construirten Quecksilbermanometer und zum Vergleich mit der Quincke'schen Wasserdruckbestimmung. In den folgenden 11 Fällen handelte es sich um Gehirntumor (2 Fälle), Gummata, Meningitis luetica, Hydrocephalus chronicus, Delirium tremens, Emboli cerebri (2 Fälle), Uraemie, Chlorose mit starken Kopfschmerzen. In beiden letzteren Fällen wurden die Kopfschmerzen durch die Punction nicht beeinflusst. Bei einem Fall von Tumor cerebelli (Sarcom) gab die Punction trotz Stauungssymptome nur 16 mm. Hg druck, Tod nach 5 Stunden. Diese Differenz der Erscheinungen könnte dadurch erklärt werden, dass der intracranielle Druck nicht auf die spinale Flüssigkeit wirken konnte, weil der Tumor im Kleinhirn eine Communication der beiden Räume unmöglich machte

Im zweiten Fall von Gehirngeschwulst (Sarkommetastase im corpus striatum) wurde 3 mal punktirt und dabei ein erhöhter Druck bis zu 66 mm. Hg gefunden. Auch hier war kein Zucker in der Punctionsflüssigkeit vorhanden (entgegen Lichtheim). Bei einem starken Hydrocephalus chronicus (9-jähriger Knabe) fand sich ein Druck von nur 12 mm. Hg. Nach Abfluss von 10 ccm. klaren Serums (mit Spuren Eiweiss und geringer Menge Zucker) sank der Druck auf Null. Die Menge des Ausgeflossenen varíirt bei den einzelnen Fällen sehr und ist durchaus nicht proportional dem Druck. Die Ausflussgeschwindigkeit hängt von so vielen unbekannten Factoren ab, dass ihr eine diagnostische Bedeutung nicht beigemessen werden kann. Zum Schluss erkennt Autor neben dem unzweifelhaften diagnostischen Werth, der Lumbalpunction auch einen therapeutischen Erfolg zu. Letzterer ist allerdings in den meisten Fällen ein vorübergehender. Unangenehme Zufälle können bei Geschwülsten und Entzündungen natürlich eintreten, fallen aber nicht stets der Punction zur Last.

Weyert.

E. Leutert: Die Bedeutung der Lumbalpunction für die Diagnose intracranieller Complicationen der Otitis. (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 8 u. 9).

Obgleich es in vielen Fällen nicht schwer ist, die Differentialdiagnose zwischen Sinusthrombose und Meningitis im Anschluss an Otitis zu stellen, kann es sich doch ereignen, wie Autor an Beispielen zeigt, dass der Symptomencomplex zu Täuschungen Anlass giebt. In diesen Fällen erleichterte die Lumbalpunction die Diagnosenstellung. Zunächst sei bemerkt, dass in den angeführten 11 Fällen der Ohrenklinik in Halle 7 Meningitiden, 4 Sinusthrombosen) ein irgendwie nennenswerther therapeutischer Erfolg nicht erzielt wurde. Ein Patient (Meningitis) starb 15 Minuten nach Beendigung der Punction, durch die circa 50 ccm. leicht getrübter Flüssigkeit entleert worden war. Was nun die diagnostische Ausbeute anbetrifft, so legt Autor das Hauptgewicht auf den negativen Befund. Betreffs geringer Mengen Punctionsflüssigkeit ist bereits bekannt, dass es mehrere Factoren geben kann, welche die Communication zwischen Schädelhöhle und Spinalsack vollkommen aufheben können, so dass die Punction klare Flüssigkeit ohne Formbestandtheile ergiebt, während eine Meningitis vorliegt. Es darf daher bei geringen Mengen nur der positive Befund berücksichtigt werden. Grössere Mengen dagegen, welche bei der Punction abfliessen, beweisen, dass die Communication zwischen Schädelinnerem und Rückenmarkskanal nicht gestört ist; die gewonnene Flüssigkeit muss also, falls eitrige Meningitis besteht, mehr oder weniger entzündliche Bestandtheile enthalten. Fehlen aber Formbestandtheile in einer erheblich vermehrten Lumbalflüssigkeit ganz, so ist damit der Beweis geliefert, dass eine eitrige Meningitis nicht vorliegt. Dieses ist nun nach zwei Seiten hin von diagnostischer Bedeutung. Erstens ist man im Stande bei diagnosticirter Sinusthrombose oder Hirnabscess eine Meningitis auszuschliessen und kann desshalb möglichst früh zur Operation schreiten. Zweitens kann man die vorher oft unmögliche, mitunter nach den klinischen Symptomen sogar unwahrscheinliche Diagnose auf Sinusthrombose bei bestehendem hohen Fieber, welches auf eine vom Ohr ausgehende Erkrankung mit Ausnahme der akuten Paukenhöhlenentzündung bezogen werden muss, mit Sicherheit stellen. Bewiesen ist jedenfalls nach den Erfahrungen des Autors, dass die uncomplicirte Sinusthrombose zu vermehrter Flüssigkeitsansammlung im Cavum cranii führen kann, so dass in der Regel bei der Punction klare, helle Flüssigkeit im Strahl entleert wurde. Bei Complication von Sinusthrombose und Hirnabscess kann die Punction zunächst nur zur Diagnose der Sinusthrombose verhelfen. Dennoch nützt in solchen Fällen die Punction indirect: denn wenn die auf Grund des Punctionsbefundes gestellte Diagnose zu einer erfolgreichen Operation am Sinus geführt hat, so treten mit dem Zurückgehen des Fiebers allmählich oder plötzlich die Hirndrucksymptome, besonders Pulsverlangsamung in den Vordergrund. Zuweilen geschieht es auch ohne Operation im Verlauf einer Pyämie, dass das Fieber für einige Tage schwindet und die Symptome des Hirndruckes zur Geltung kommen. Anderseits combiniren sich aber mitunter die Symptome der entzündlichen Thrombose mit denen eines Abscesses derartig, wie in einem mitgetheilten Fall, dass täuschend das Bild einer Meningitis resultirt. Der Befund vermehrter klarer Flüssigkeit bei der Punction würde die Diagnose dann klarstellen. Bei tuberkulöser Meningitis würde, abgesehen vom klinischen Bilde, der Nachweis der Tuberkelbacillen und, wie Autor hervorhebt, eine leichte Opalescenz der Flüssigkeit entscheidend sein.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. S. Rabow und Dr. L. Bourget, Professoren an der Universität Lausanne. Handbuch der Arzneimittellehre, zum Gebrauche für Studirende und Aerzte. Mit einer Tafel und 20 Textfiguren. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1897. Preis 15. Mark.

Trotz der recht beträchtlichen Anzahl der in den letzten Jahren erschienenen neuen Lehrbücher dieser Disciplin, glauben wir doch schon jetzt dem Handbuche von Rabow und Bourget ein zweifellos günstiges Prognosticon stellen zu dürfen, da die Verfasser ihre Aufgabe in ausserordentlich glücklicher Weise gelöst haben, den Bedürfnissen des Studierenden, sowie des praktischen Arztes vollauf gerecht geworden sind. Den Character ihres Buches bezeichnen die Autoren in dem Vorworte recht treffend: «weder dem übertriebenen therapeutischen Enthusiasmus der Neuzeit, noch der entgegengesetzten Richtung, dem exspectativen Schlendrian vergangener Decennien huldigend, haben sie, abseits von allen langathmigen theoretischen Erwägungen und gelehrten Hypothesen, sich bemüht nur auf die feststehenden Thatsachen sich zu stützen und objectiv zu bleiben». — Das Werk zerfällt der Eintheilung nach in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Im ersteren werden die allgemeinen Regeln der Arzneiverordnungslehre vorgeführt, daneben eine praktisch sehr wichtige, alphabetisch geordnete Zusammenstellung und Erklärung der in der Pharmacologie, Pharmacie, Chemie und Physiologie häufig vorkommenden Ausdrücke.

Der zweite Theil zerfällt in einige Unterabtheilungen; es werden nämlich zunächst die Arzneimittel nach ihrer physiologischen und therapeutischen Zusammengehörigkeit geordnet vorgeführt und dann in einem besonderen Abschnitte die Mittel in alphabetischer Reihenfolge nach ihrer Anwendungsweise besprochen. Sehr willkommen wird wohl vielen Aerzten auch die dritte Unterabtheilung sein; in derselben haben die Verfasser die nicht officinellen, älteren Mittel, von denen einige in ganz unverdienter Weise verlassen worden sind, und die neueren und allerneuesten Mittel zusammengestelt; dabei auch die üblichen Receptformeln mitgegeben. Im letzten Abschnitt findet sich eine Uebersicht über die Balneologie und Klimatotherapie. — Die Ausstattung von Seiten des Verlegers ist eine splendide.

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In einem Falle von Haemophilie gelang es Dr. Bienwald durch eine originelle Behandlung Heilung zu erzielen. Ein 2-jähriger haemophilischer Knabe hatte eine leichte Verletzung im Gesichte sich zugezogen. Bei der Wundreinigung bildeten sich fortwährend auf der ganzen Wunde kleine Bluttropfen; Tamponade mit Jodoformgaze und dichter Collodiumwatteverband sowie eine solche mit Eisenchloridwatte, dann später mit in Terpentinöl getränkter Gaze und Compressivverband zeigten sich völlig nutzlos. B. machte nun folgenden Versuch: er brachte mit einer Pravaz'schen Spritze einige Gramm frischen, gerinnungsfähigen Blutes auf die Wunde; das fremde Blut war in wenigen Minuten geronnen und die Blutung stand von da ab vollkommen. Das geronnene Blut wirkte wie ein Tampon; möglicher Weise drang auch das fremde Blut in die offenen Gefässe ein und lieferte die zur Gerinnung nöthigen Fermente.

Deutsche medic. Wochensch. 2. 1897.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Mitgliede des gelehrten Berg-Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Leo Bertenson und dem Director des St. Andreasasyls in St. Petersburg, wirkl. Staatsrath Dr. Höppener. — Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Arzt bei der Palaisverwaltung, Staatsrath Dr. Ferchmin, dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths und Gehülfen des Oberarztes des Obuchowhospitals wirkl. Staatsrath Dr. Trojanow und dem Arzt an der St. Petersburger Theaterschule, Staatsrath Dr. Alex. Ssolowjew. — Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Curator des Nabilkow'schen Armenhauses in Moskau, Staatsrath Dr. Max Strauch.

— Ernannt: Das Mitglied des gelehrten Berg-Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Leo Bertenson — zum Ehrenleibmedicus des Kaiserl. Hofes und der ausserord. Professor der militär-medicinischen Academie, Leibchirurg Collegienrath Dr. Weljaminow — zum ordentlichen Professor — beide unter Belassung in ihren gegenwärtigen Stellungen.

— Befördert: Zum wirkl. Staatsrath — der Consultant bei den Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Motschutkowski und der Arzt der Verwaltung der kaukasischen Mineralquellen Dr. Swjatlowski.

— Verstorben: 1) Am 29. März der frühere Gymnasialarzt in Minsk, Dr. August Wilhelm Vogt im 85. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1834—39 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens war V. über 30 Jahre Militärarzt und zwar in letzter Zeit älterer Arzt am Militärhospital zu Minsk. Seit 1871 fungirte er als Arzt am Gymnasium und war auch viele Jahre hindurch Präsident des Kirchenraths der evang.-lutherischen Gemeinde zu Minsk. 2) In Bobruisk (Gouv. Minsk) der ältere Arzt des dortigen Disciplinarbataillons, Staatsrath Dr. Alexander Bornhardt. Der Verstorbene, welcher seit der Absolvirung seiner medicinischen Studien i. J. 1871 Militärarzt war, bekleidete bis zum Jahre 1894 den Posten des älteren Arztes der Kronstädter Festungsartillerie. 3) Am 5. April in Moskau der ehemalige Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Geheimrath Dr. Gustav Braun, im 70. Lebensjahre. Der Heimgegangene war in Ostpreussen geboren, wo er auch seine Schulbildung erhielt. Bei seiner Uebersiedelung nach Russland widmete er sich dem Studium der Medicin an der Moskauer Universität, die er 1853 mit dem Arztgrade absolvirte. Nachdem er sodann zwei Jahre als Militärarzt gedient, und die Doctorwürde erlangt hatte, habilitirte er sich i. J 1862 als Privatdocent an der Moskauer Universität und wurde im darauffolgenden Jahre zum Professor der Augenheilkunde ernannt, welches Amt er bis zum Jahre 1892 bekleidete. Zugleich war er Oberarzt des Augenhospitals und blieb in dieser Stellung bis zu seinem Lebensende. Die russische Medicin verdankt dem Verstorbenen das erste selbstständige Handbuch der Augenheilkunde in russischer Sprache.

— Wir entnehmen der «Nordlivl. Ztg.» die betrübende Nachricht, dass der Prof. emer. der Botanik an der Universität Jurjew (Dorpat) und Präsident der dortigen Naturforschergesellschaft, Dr. Edmund Russow, welcher sich bis in die letzten Tage voller Rüstigkeit und geistiger Frische erfreute, am Charfreitag einem Herzschlage im 57. Lebensjahre erlegen ist. Dem Lehrkörper der Universität, an welcher er auch selbst seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt, hat der Hingeschiedene seit 1864 angehört, anfangs als Gehülfe des Directors des botanischen Gartens, dann von 1871 als Privatdocent und von 1874—94 als Professor der Botanik. Mit schmerzlichem Bedauern wird die grosse Zahl seiner ehemaligen Schüler, zu denen auch alle Studirenden der Medicin in den 30 Jahren seiner Thätigkeit an der Universität gehörten, jetzt die Nachricht von seinem Hinscheiden vernehmen und mit Wärme seiner seltenen Persönlichkeit und seines Wohlwollens, nicht minder aber seiner echten Wissenschaftlichkeit gedenken die ihnen ein glänzendes Vorbild sein konnte».

— Wie die Tagesblätter melden, ist zum Medicinalinspector von St. Petersburg der bisherige Oberarzt der hiesigen Polizei Dr. Joh. Jeremejew ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der chirurgischen Pathologie an der Universität Kiew, Dr. Alexander Pawlowski ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Zum älteren Arzt des städtischen Bassmann-Hospitals in Moskau ist der Ordinator dieses Hospitals Dr. M. L. Pawlowski ernannt worden.

— Der Oberarzt des städtischen Alt-Katharinen-Hospitals in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. N. P. Rosanow, ist in den Ruhestand getreten.

— Wie eine kaukasische Zeitung erfährt, ist die Aerztin Sophie Schmitz für den Posten eines Oculisten der transkaukasischen Eisenbahn in Aussicht genommen.

— Für den durch den Tod Prof. Stukowenkow's erledigten Lehrstuhl der Syphilidologie und Dermatologie an der Kiewer Universität sind als Candidaten aufgetreten: Prof. Obraszow (Tomsk), Privatdocent Dr. Grazianski (St. Petersb.), Privatdocent Dr. Lanz (Moskau) und die Kiewer Privatdocenten Borowski, Selenski, Lindström, Nikolski und Tomaschewski.

(Shisn i Isk.-Wr.).

— Der Docent für interne Medicin an der Budapester Universität, Dr. Alex. v. Korányi, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Das von den evangelischen Gemeinden St. Petersburgs gegründete, unter dem hohen Protectorate I. Maj. der Kaiserin Alexandra Feodorowna stehende Alexandra-Stift für Frauen, welches gegenwärtig über keine ausreichende Räumlichkeiten verfügt, hat die erfreuliche Aussicht, bald ein allen Anforderungen der Wissenschaft entsprechendes eigenes Gebäude zu erhalten, — Dank den hochherzigen Spenden, welche in den letzten Monaten zugeflossen sind. So haben die Herren H. von Gilse van d. Pals und M. Neuscheller je 10,0000 Rbl. L. v. Koenig sen. 12,000 R., L. v. Koenig jun. 3000 R., die Familie Ritter 10,000 zu diesem Zwecke dargebracht. Man darf hoffen, dass der mit diesen Geldern begonnene Bau durch weitere hochherzige Spenden auch glücklich zu Ende geführt werden kann.

— Die Wittwe des verstorbenen Kasanschen Klinikers Prof. Winogradow hat der Universität in Kasan ihr Haus und ein Kapital von ca. 70.000 Rbl. vermacht. Die Zinsen von 12,000 Rbl. dieses Kapitals sollen zu gleichen Theilen zu Prämien für die besten Arbeiten und zu Reisestipendien für junge Gelehrte, die sich im Auslande vervollkommnen wollen, verwandt werden.

— Auf den griechischen Kriegsschauplatz ist am dritten Osterfeiertage von hier die erste Sanitätsabtheilung des russischen «Rothen Kreuzes» abgereist, welche aus zwei Aerzten, 20 Barmherzigen Schwestern und einem Feldscher besteht und alle nöthigen Arzneien, Instrumente und das Verbandmaterial mit sich führt. Die Leitung der Abtheilung ist dem früheren Ordinator des hiesigen Nikolai-Militär-Hospitals Dr. W. A. Thiele, gegenwärtigem Arzt an der Klinik Wylie, übertragen worden.

— In Jaroslaw brach vor Kurzem in einer Baracke der Irrenabtheilung des Gouvernements-Landschaftshospitals durch eine Petroleumlampe ein Brand aus, der die Baracke vollständig einäscherte. Von den 40 geisteskranken Frauen, die sich in derselben befanden, wurden 37 gerettet, während 3 den Tod in den Flammen fanden.

— Massnahmen gegen die Pest. Für den Fall des Ausbruchs der Pest in der asiatischen Türkei und in Persien werden an der kaukasischen Grenze Truppen-Lazarethe und Quarantäneposten an 4 Punkten eingerichtet (werden: in Anapa, Pnapse, Ssotschi und Otschemtschiri. — Der Leiter der Odessaer bacteriologischen Station Dr. Diatroptow, welcher zum Studium der Bereitung des Pestheilserums nach Paris zu Prof. Roux gereist war, ist mit 20 Flacons dieses Heilserums nach Odessa zurückgekehrt und wird das Serum jetzt in der dortigen bacteriolog. Station herstellen. — Die Epidemie in Bombay ist in weiterer Abnahme begriffen. Unter den Europäern daselbst haben die Erkrankungen an der Pest vollständig aufgehört, denn in das European General-Hospital, in welchem im Ganzen 68 an der Pest Erkrankte verpflegt wurden, von denen ca. 58% genasen, sind seit dem 11. März keine Neuerkrankte aufgenommen worden. Von Aerzten ist neuerdings der Militärarzt Donet in Poona an der Pest in leichtem Grade erkrankt und, wie verlautet, auch einer der von der deutschen Regierung nach Bombay gesandten Aerzte.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. April d. J. 7228 (758 wen. als in d. Vorw.), darunter 544 Typhus — (96 wen.), 730 Syphilis — (106 wen.), 189 Scharlach — (7 mehr), 78 Diphtherie — (42 wen., 131 Masern — (23 wen.) und 31 Pockenkranke — (0 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. März bis 5. April 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
379	301	680	119	81	109	15	9	28	58	70	57	36	56	32	8	

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 30, Scharlach 14, Diphtherie 32, Croup 1, Keuchhusten 3. Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Grippe 12, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 12,

Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 57, Todtgeborene 37

Für die Woche vom 6. April bis 12 April 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
384	288	672	141	66	123	23	11	17	46	53	58	51	38	33	12	—

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 38, Scharlach 11, Diphtherie 28, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 3, Cholera nostras 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 23.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. April 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 5. Mai 1897.

Römerbad. Von eminenter Wirkung bei Gicht, Rheumatismus, Frauenkrankheiten, Nervenleiden, Schwächezuständen und Verletzungen.



SOURCES DE L'ÉTAT
VICHY
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HÔPITAL
Avoir soin de désigner la Source

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, (8. Mai) 26. April **1897**

Neunter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Beitrag zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien.

Von

Dr. W. Beckmann, St. Petersburg.

Vorgetragen am 7. Jan. 1897 im Verein St. Petersbg. Aerzte. (Schluss).

Bei der Behandlung der entzündlichen Processe der Uterusadnexa huldige ich dem conservativen Verfahren. Trotz der grossen Häufigkeit der genannten Affectionen habe ich nur 2 mal mich veranlasst gesehen die Salpingoophorectomie den Kranken vorzuschlagen. Im ersten Falle dauerte die Krankheit schon 5 Jahre, ohne mehrfacher Hospitalbehandlung und sehr langdauernder ambulatorischer Behandlung zu weichen. Die beiderseitigen verbackenen Adnexa wurden mühsam herausgeschält und abgetragen; im weiteren Verlauf traten kleine Stumpfexudate auf, die durch Abtragung des Uterus hätten vermieden werden. In solchen Fällen bleibt im Stumpf stets ein kleiner Rest der Tube zurück, der als Ausgang für Exsudatbildungen dient. Es scheint mir deshalb der Vorschlag von Fritsch', in solchen Fällen auch den Uterus zu entfernen, sehr rationell zu sein. Bei der erwähnten Kranken hätte das keine Schwierigkeiten gemacht, da der seiner Anhänge beraubte Uterus völlig beweglich war und nur noch an seinem Halstheil hing. Die Pat. wurde durch die Operation in der Folge von ihren Beschwerden völlig befreit.

Die zweite hierhergehörige, angereiste Pat. (Fall 10) wurde gleichfalls wegen ein Jahr lang dauernder Arbeitsunfähigkeit operirt. In diesem Falle handelte es sich um entzündliche und adhäsive Erscheinungen um die Adnexa und fixirte Retroflexion des Uterus, deren Ursache in der Anwesenheit einer Hämatosalpinx gesucht werden muss. Da die früher stets regelmässige Menstruation vor Beginn der Krankheit 2 Monate lang ausgeblieben war, bin ich geneigt eine Tuberschwangerschaft mit Ausgang in Spontanheilung in diesem Falle anzunehmen. Mir scheint die erwähnte Pat. eine characteristisches Beispiel für den Ausgang einer Tubarschwangerschaft in Spontanheilung für eine Reihe von Fällen zu sein. Meine nicht ganz geringe Erfahrung lehrt mich, dass die Gesundheit einer Frau nach Beseitigung der Blutungsgefahr bei Tubarschwangerschaft bei Resorption derselben keineswegs stets wiederhergestellt wird. Es kommt vielmehr bei sehr langsam fortschreitender Resorption des Schwangerschaftsproduktes recht häufig zu Adhäsionsbildungen um die Adnexa, welche die Quelle langdauernder Schmerzen bleiben und Arbeitsunfähigkeit im Gefolge haben.

Bei der zuletztgenannten Pat. wurde der aus seinen Adhäsionen gelöste Uterus durch 3 Suturen ventrofixirt. Die Nähte wurden durch die Substanz des Fundus und corpus uteri und durch die Bauchdecken gelegt und über Jodoform marlybäuschen geknüpft, nachdem die Bauchwand an dieser Stelle durch Etagennaht verschlossen war. Beim Entfernen dieser Nähte konnten 14 Tage später keinerlei Reactionserscheinungen bemerkt werden. Der ventrofixirte Uterus hielt sich in der Folge ($1^1/_2$ Jahre lange Beobachtung) vorzüglich in seiner neuen Lage.

In einem dritten Falle wurde gleichfalls die Castration aber wegen Myom gemacht. Bei den günstigen Resultaten, welche die moderne Operationstechnik bei den Myomectomien erzielt, hat die Kastration bei Myomen nur noch wenige Anhänger (Lebedeff, Laroyenne, Hermes) und bleibt ihr ein nur beschränktes Indica-

tionsgebiet. Meist handelt es sich dann um Fälle, bei denen wegen der enormen Lebensgefahr der Radicaloperation der Castration der Vorzug gegeben wird. Es fragt sich nur, ob durch dieselbe den Pat. wirklich ein Nutzen gebracht wird. Gerade in den schwierigen Fällen sind die Ovarien versteckt gelegen. Sie finden sich meist in der Tiefe des kleinen Beckens, wo sie aus Verbackungen ausgeschält werden müssen, wodurch der Eingriff sich wesentlich schwieriger gestaltet als eine Castration bei normal zugänglichen Ovarien. Die Folge davon ist, dass häufig Stücke des Organes zurück bleiben, wodurch die angestrebte Cessation der Menstration hintangehalten wird. Doch auch bei vollkommener Entfernung der Ovarien dauern die Blutungen und das Wachsthum der Myome häufig genug fort. In meinem Falle entschloss ich mich zur Kastration einerseits wegen einer Herzaffection der Pat., andererseits deswegen, weil die Radicaloperation wegen des intraligamentären Sitzes des Myomes sehr schwierig gewesen wäre. Bei der in diesem Falle sehr schwierigen Entfernung der Ovarien ist es nicht unmöglich, dass etwas Ovarialgewebe vom rechten Eierstock zurückblieb. Nach der Operation blieb die Regel nicht aus, wenngleich die Menstruation vielleicht etwas weniger profus war. Im Laufe einer 2 Jahre lang dauernden Beobachtung konnte eine Verkleinerung oder gar ein Verschwinden des Tumors nicht constatirt werden.

Ein ebenso schlechtes Resultat wurde durch die von andrer Seite ausgeführte Kastration bei einer anderen Pat. erzielt, welche von mir später myomectomirt wurde. Offenbar war die Kastration wegen der technischen Schwierigkeit das retrocervicale Myom zu entfernen ausgeführt worden. Schon 3 Jahre später entschloss sich die durch die anhaltenden Blutungen nur noch mehr heruntergekommene Pat. sich dem lebensgefährlichen radicalen Eingriff zu unterwerfen. Diese beiden Erfahrungen sind nicht geeignet unser Vertrauen zu diesem Eingriff zu erhöhen und scheint es mir richtiger, sich auch in schwierigen Fällen zur radicalen Entfernung des Myoms zu entschliessen.

Im ganzen habe ich die Myomotomie nur 5 mal ausgeführt, wobei eine Pat. an der Operation zu Grunde ging. Es war dieselbe Pat., an welcher schon 3 Jahre früher von einem anderen Operateur die Kastration gemacht worden war. Da sich der recht grosse Tumor mit einem bedeutenden Abschnitt retroperitoneal resp. retrocervial entwickelt hatte, musste er ausgeschält werden, wodurch sich der operative Eingriff zu einem sehr schwierigen und blutigen gestaltete. Der Stumpf wurde mit 6 Matratzennahten versorgt und mit Peritoneum überdeckt. Pat. ging an fortschreitender Schwäche zu Grunde, die wohl zum Theil auf eine Nachblutung aus der ihres peritonealen Ueberzuges beraubten Beckenwand und aus dem Stumpfe bezogen werden muss. Epicritisch muss ich hervorheben, dass einerseits ein viel zu grosser Stumpf zurückgelassen wurde, andrerseits viel zu viel Zeit auf die Stumpfbildung verloren wurde. In diesem Falle, wo durch das Myom die Portio vaginalis zum Verstreichen gebracht war, wäre die einzig richtige Operationsmethode eine Totalexstirpation gewesen, und bedauere ich, dass ich damals mit dieser Methode noch nicht bekannt war. In einem zweiten Falle wurde der Myomstumpf nach Fritsch[22]) extraperitoneal zwischen den Bauchdecken fixirt. Die unausbleiblich später erfolgende Hernienbildung, wie auch die lange Nachbehandlung bis zur endgültigen Ausstossung der Nähte und des Schnürstückes, lassen diese relativ ungefährliche Operationsmethode als wenig empfehlenswerth erscheinen. Die von mir in den 3 letzten Fällen angewandte Methode der Totalexstirpation des myomatösen Uterus giebt so gute Resultate, dass sie mir als die im Augenblick beste Methode erscheint. Ihre Vorzüge habe ich schon an anderer[23]) Stelle auseinanderzusetzen versucht. Erwähnenswerth scheint mir noch das häufige Vorkommen von Hämatosalpinx bei Uterusmyomen zu sein: Blutansammlungen in den Tuben wurden vier mal beobachtet.

Verhältnissmässig häufig habe ich wegen **Tubarschwangerschaft** laparotomiren müssen. In 3 Fällen wurde die Operation ausgeführt bei Tubarabort, in den übrigen 3 Fällen wegen Ruptur der schwangeren Tube. Am häufigsten kommt es in den ersten Monaten zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Bei einer Pat. trat schon nach 6 wöchentlicher Schwangerschaft Ruptur der Tube ein, ein mal erfolgte die Unterbrechung der Schwangerschaft nach 2 Monaten, 3 mal nach 2$^1/_2$ Monaten und ein mal nach 3 Monaten. Als Indication zur Operation dienten in 2 Fällen Leibschmerzen, langdauernde Blutungen und Arbeitsunfähigkeit. Die eine der beiden Pat (14) blutete schon 2 Monate lang nach dem Absterben des Foetus. Ich habe eine ganze Reihe von Spontanheilungen nach Tubenaborten gesehen, weswegen ich eine expectative Behandlung für viele Fälle als richtig anerkenne. Während sich aber der Bluterguss in diesen Fällen schnell resorbirt, und die subjectiven Beschwerden schwinden, kann man zuweilen beobachten, dass der in Blutergüsse eingebackene und mit den Därmen verklebte Tubensack sehr lange keine Neigung zur Verkleinerung zeigt. Nicht selten kommt es zu Schüben von Nachblutungen und zur Vergrösserung des Tumors. Auch ohne letztere leiden die Kranken an recht unangenehmen Leib- und Kreuzschmerzen, und besteht in späterer Zeit, wo man die Pat. schon ohne Gefahr aufstehen lassen kann, Arbeitsunfähigkeit. In anderen Fällen leiden die Pat. ferner an ziemlich copiösen Blutungen, die sich durch die üblichen Behandlungsmethoden nicht beeinflussen lassen. Alle diese Erscheinungen lassen es wohl gerechtfertigt erscheinen das expectative Verfahren zu Gunsten eines operativen activen Vorgehens aufzugeben. Der Eingriff gestaltet sich nicht schwierig, wenn man nicht zu spät nach der ersten inneren Blutung operirt. Die Adhäsionen zwischen dem stets circumscripten Tumor und den übrigen Nachbarorganen sind leicht stumpf zu lösen, und tritt innerhalb kurzer Zeit völlige Genesung ein. Die Mortalität dieses Eingriffes ist nicht grösser als die einer Ovariotomie d. h. so gut wie Null. Gegen die expectative Behandlung spricht auch die Beobachtung, dass bei ihr häufig Lageveränderungen des Uterus und adhäsive Verbackungen der Adnexa zurückbleiben, die die Quelle jahrelangen Siechthums sind. Vorhin konnte ich bei Gelegenheit der Ovariotomien einen solchen Fall anführen.

Ist die Entwickelung der Schwangerschaft nicht zum Stillstand gekommen, so ist ein operativer Eingriff stets am Platz. Uebergangsformen stellen die Fälle dar, wo es schon zum Bluterguss in die Bauchhöhle und Hämatocelenbildung gekommen ist, die Schwangerschaft sich aber fortentwickelt. Wenn Zweifel über das Wachsthum des Schwangerschaftsproductes bestehen, werden sie durch eine kurze Beobachtung beseitigt. Jedes nachweisliche Wachsthum des Tumors soll stets als Indication für die Laparotomie dienen.

Bei vier Pat. habe ich die Laparotomie wegen vitaler Indication ausgeführt. Stets handelte es sich um einen sehr grossen Bluterguss in die freie Bauchhöhle, der sich durch Collaps, äusserste Anämie und Fluctuationsgefühl im Obdomen leicht nachweisen liess. Die ausgebliebene Regel klärte dann noch die Aetiologie der inneren Blutung auf. Derartige innere Blutungen kommen nicht nur bei Tubenrupturen (Fall 15, 17 und 18) sondern auch bei Tubenabort (Fall 16) vor. Der Katastrophe

[22]) Volkmann's Klin. Vorträge Nr. 339.

[23]) St. Petersburger Medic. Wochenschr. 1895, Nr. 41.

gehen nicht selten kleinere Insulte gekennzeichnet durch Ohnmachtsanwandlungen, Schwindelanfälle oder auftretende Leibschmerzen voraus. Diese erklären sich dann durch mehrfache Blutungen von verschiedener Stärke aus derselben Tube. Handelt es sich um Tubenabort so ergiesst sich der Bluterguss aus dem abdominalen Ende der Tube in das Cavum peritonei. Doch können auch Erscheinungen eines Tubenabortes einer Ruptur vorausgehen. Im Fall 17 fand sich z. B laterabwärts vom Fruchtsack das Tubenlumen zum zweiten Mal ausgedehnt uud mit einem alten festen Blutgerinsel verstopft, während das abdominale Ende der Tube offen war. Offenbar verhinderte dieses Coagulum das Zustandekommen eines Tubenabortes weswegen es später zur Ruptur der Tubenwand kam.

In den Fällen, wo sich in der Tubenwand mehrere Rupturstellen finden, ist es wohl möglich, dass jede Ruptur von einem besonderen Insult begleitet wird. Im Fall 15 fanden sich 2 grosse Rupturstellen in der Tubenwand, von denen es schwer zu sagen ist, ob sie gleichzeitig oder zu verschiedener Zeit entstanden waren. Jedenfalls war die Pat. schon vor dem letzten Collaps recht anämisch und über einen Monat krank. In Fall 18 endlich fanden sich an 4 verschiedenen Stellen Oeffnungen in der Tubenwand, zwei von ihnen waren sehr klein und wurden durch pilzförmig aus ihnen hervorragendes Zottengewebe völlig ausgefüllt. In diesem Falle hatte ich den Eindruck. dass es sich an diesen Stellen um ein Durchwachsen der Tubenwand durch Zotten- resp. Placentargewebe handele. Dabei braucht es keineswegs zu einer wesentlichen Blutung gekommen zu sein. Letztere trat erst ein, als es an anderen Stellen zu einer ausgiebigeren Ruptur der Tubenwand kam.

Die einzig zielbewusste Therapie bei profusen inneren Blutungen bei extrauteriner Schwangerschaft kann ja nur in der Laparotomie bestehen. Die von mir erzielten Resultate lassen kaum etwas zu wünschen übrig, da alle Pat., selbst eine mit Lungentuberculose, die Operation gut überstanden. Natürlich muss möglichst schnell operirt werden, wenn anders man die Pat. lebend vom Operationstisch nehmen will Da es sich bei den freien Blutungen um bewegliche Fruchtsäcke handelt, die mit ein paar Ligaturen abgebunden und abgetragen werden können, steht der Schnelligkeit bei der Ausführung der Operation nichts im Wege. Weil nun der Eingriff leicht auszuführen und direct lebensrettend ist, sollte er wie die Tracheotomie oder Herniotomie nöthigenfalls von jedem Arzte ausgeführt werden können. Schwieriger gestaltet sich die Operation nur in den Fällen, wo es nach vorausgegangenen kleinen Blutungen mit Adhäsionsbildungen zu erneuter Blutung in die freie Bauchhöhle kommt. Die Ausschälung des Fruchtsackes verlangt dann etwas mehr Zeit, was unter Umständen verhängnissvoll werden kann.

Von practischer Bedeutung ist die Frage was mit dem in die Bauchhöhle ergossenen Blute geschehen soll. Die Entfernung desselben erfordert bekanntlich sehr viel Zeit. Ich habe mich damit begnügt möglichst alle grösseren Coagula zu entfernen, dass flüssige Blut aber im Peritonealraum zurückzulassen. Einerseits gewann ich auf diese Weise Zeit, andrerseits hoffte ich, dass das zurückbleibende Blut nach Resorption dem Organismus noch zu Gute kommen könnte. Meine eigenen Resultate wie auch die Beobachtungen der Fälle meiner Collegen liessen dieses Verhalten als gerechtfertigt erscheinen. Damit befand ich mich im Gegensatz zu Zweifel, der dringend anempfiehlt alles Blut aus der Bauchhöhle zu entfernen. Der von mir zuletzt operirte Fall ist wohl geeignet Zweifel Recht zu geben. Der Verlauf nach der Operation war mit hohem Fieber verbunden. Das zurückgelassene Blut senkte sich in den Douglas und wölbte das untere Scheidengewölbe vor, von wo es durch Incision wenigstens theilweise entleert werden konnte. Der günstige Ausgang dieses Falles ist vielleicht der nur geringwerthigen Infection zuzuschreiben. Bei dem guten Nährboden, welcher das im Bauchraum zurückgelassene Blut bildet, kann unter Umständen auch eine geringe Infection verhängnissvoll werden. In Zukunft beabsichtige ich daher, wenn möglich, trotz des Zeitverlustes alles Blut zu entfernen. Wenngleich man heutzutage seiner Asepsis bei den Operationen sicher zu sein glaubt, darf man doch nicht vergessen, dass gerade die besprochenen Operationen ex promptu zu verschiedener Tages- und Nachtzeit ausgeführt werden müssen, wobei Fehler leicht mit unterlaufen können.

Auf die Amputation eines schwangeren rudimentären Uterushornes, die gleichfalls ins Capitel der extrauterinen Schwangerschaften gehört will ich nicht näher eingehen, weil ich diesen hochinteressanten Fall schon an anderer Stelle besprochen habe. Es erübrigt nur noch eine Operation einer Hernie der Linea alba zu erwähnen, von der schon früher gelegentlich der Beobachtung der Resorption von zwischen den Darmen bestehenden Adhäsionen die Rede war. Die Operation selbst wurde in der Weise ausgeführt, dass der Bruchsackexstirpirt und die Ränder der Aponeurose und der Recti freigelegt und sorgfältig vernäht wurden.

Damit habe ich nur einige Details meiner Beobachtungen, die bei den 25 Laparotomien gemacht wurden, recht kurz erwähnt und gebe jetzt zum Schluss Auszüge aus den Krankengesichten als Belege dieser Beobachtungen.

1. O. M. 22 Jahre alt. Kystoma ovarii dextri. Ovariotomia. Bemerkte seit einem Jahre eine Vergrösserung des Abdomen. Während des Bestehens der Geschwulst 7 Monate lang keine Menses, darauf 3 Mal regelmässiger Eintritt der Menstruation. In den letzten 4 Monaten fast beständiger Blutabgang von wechselnder Stärke. Leibumfang 83 cm. Die Cyste reichte bis unter den Rippenbogen und lag rechts seitlich und auf dem Uterus, diesen nach links und unten verdrängend. Typische Operation mit Punction und Vorziehen der Cyste. 2 Netzadhäsionen. Der Cysteninhalt war klar gelb dünnflüssig und wog 5700 grm. Die dünnwandige Cyste schien einkammerig zu sein, mikroskopisch wurde die Cystenwand nicht untersucht. Verlauf reactionslos. höchste Temperatur 37,8. Pat. wurde bald nach der Entlassung schwanger und kam nach einem Jahre nieder.

2. T. 30 Jahre alt. Kystoma ovarii sin. Ovariotomia. Verheiratet 4 Monate. Die früher spärlichen Menses sind seit dem 21 Jahr schmerzhaft. Bemerkte den Tumor vor $1^1/_2$ Monaten, seit einem Monat Schmerzen im Unterleibe. Kindskopfgrosse Cyste rundlich, etwas abgeplattet, liegt stets vor dem Uterus, lässt sich schwer herausheben, wird dann aber beweglich und lässt sich bis in die linke Nierengegend verschieben. Bei jeder nächsten Untersuchung findet man den Tumor wieder vor dem Uterus (Küster'sches Zeichen). Der Tumor erwies sich aber nicht als Dermoid, sondern als einkammerige, prall gespannte, dünnwandige Cyste mit wasserklarem etwas opalescirendem Inhalt. Beim Kochen gerinnt die Flüssigkeit nicht, ebensowenig bei Essigsäurezusatz. Mit Essbachs Reagens und mit concentrirter Salpetersäure Eiweissreaction. Mit Kalilauge und Kupfersulfat leichte Violettfärbung. Reaction neutral. Höchste Temperatur nach der Operation 37,5. Genesen. Pat. gebar 16 Monate nach der Operation ihr erstes Kind.

3. M. A. 60 Jahre alt. Kystoma ovarii destri, torsio pedis, Ovariotomia. Arteriosclerosis. Die Geschwulst wurde vor 3 Jahren bemerkt. Seit 4 Wochen starke Leibschmerzen. Temperatur normal P. 108. Leibumfang 105 cm. Die Kappe des Tumors reichte bis 3 Querfinger unter den processus ensiformis. Arteriosclerosis. Tumor mit der vorderen Bauchwand verwachsen, leicht stumpf ablösbar. Allseitige zahlreiche Verwachsungen mit Netz und Därmen. Alle Verwachsungen liessen sich stumpf zerreissen. Der ziemlich dünne Stiel war 2 mal von links nach rechts gedreht. Der arbusengrosse Tumor besteht aus 2 grösseren und zahlreichen kleineren Cystenkammern. Cysteninhalt dunkelbraun. In der Cystenwand an einigen Stellen Blutergüsse. Höchste T. nach der Operation 37,6. Etwas Eiter in einigen Stichkanälen. Genesen.

4. P. H. 25 Jahre alt. Kystoma ovarii dextri dermoides. Ovariotomia. Vor 14 Tagen starke Blutung, sonst Menses postponirend, normal. Blasenbeschwerden wegen Druck des Tumors auf die Blase. Geschwulst liegt vor dem Uterus, ist kleiner als Kindskopfgross, war noch vor 6 Monaten nur Hühnereigross. Tumor hinter der Symphyse fest eingekeilt. Den Cysteninhalt bilden fettreiche, cholestearinhaltige Flüssigkeit und Knäuel von Haaren. In der Wand eine Knochenleiste mit mehreren Zähnen. Nach der Operation höchste Temeratur 37,5. In einigen Stichkanälen Eiter. Genesen.

5. J. S. 48 Jahre alt. Kystoma ovarii sin. Torsio pedis, ruptura cystis, haemorrhagia in cavum peritonei. Ovariotomia. Thrombosis venae saphen. magnae sin. Die Krankengeschichte ist an anderer Stelle veröffentlicht worden[24]).

6. S. 32 Jahre alt. Kystoma ovarii multiloculare dextr. Ovariotomia. Seit 8 Monaten Vergrösserung des Leibes bemerkt. Bewegliche mannskopfgrosse Cyste auf 2 fingerbreitem Stiel. Cysteninhalt zäh, schleimig, durchsichtig. Reactionslose Genesung, höchste Temperatur 37,5.

7. M. W. 49 Jahre alt. Kystoma ovarii papillare duplex. Torsio pedis. Prolapsus uteri, Cystitis. Ovariotomia duplex. Climacterium seit 4 Jahren. Vor ebensoviel Zeit wurde vom Arzt eine zweifaustgrosse Geschwulst constatirt und zur Operation gerathen. In den letzten 2 Jahren schnelles Wachsthum. Seit 2 Jahren Prolaps, der seit $^1/_2$ Jahr nicht zurückzuhalten ist. Seit einer Woche Symptome eines Blasenkatarrhs. Etwas Ascites, nur eine Netzadhäsion. Die linkseitige, arbusengrosse Cyste weist Drehung des Stiels $1^1/_4$ mal von links nach rechts auf. Rechte Cyste über kindkopfgross. Beide mehrkammerige Cysten hatten bräunlichen, colloiden Inhalt und wiesen auf den Innenwänden der Cysten hanfkorn- bis erbsgrosse, wenige nussgrosse, papiläre Excrescenzen auf. Diese liessen sich zerdrücken und erwiesen sich als kleine Cystchen. Höchste Temperatur nach der Operation 37,3 reactionslose Genesung.

8. A. Ph. 72 Jahre alt. Kystoma ovarii multiloculare duplex, Ovariotomia. Der Tumor wurde zuerst bemerkt vor 3 Jahren (apfelgross). Constantes Wachsthum des Leibes. Ziemlich gute Ernährung. Arteriosclerose. Herz stark nach links vergrössert, an der Herzspitze lautes systolisches Geräusch; dasselbe auch über der unteren Hälften des Sternum zu hören. Aortentöne stark accentuirt. Aethernarkose. Etwas freier Ascites. Linke Cyste über mannskopfgross beweglich mit serösem, klaren oder gelblichem, colloiden Inhalt Rechte Cyste faustgross im hinteren Douglas adhärent resp. intraligamentär wird zum Theil scharf ausgeschält; die darnach im Peritoneum entstandene Tasche wird mit fortlaufendem Seidenfaden vernäht. Reactionslose Genesung, höchste Temperatur nach der Operation 37,8. Nach 1 Jahr keine Hernie trotz schwerer Arbeit (Kinderwärterin). Hat keine Bauchbinde getragen.

9. F. N. 32 Jahre alt. Pyosalpinx duplex, Perisalpingooophoritis duplex, Cystis parovarii dextri, Salpingooophorectomia duplex. Krank seit 5 Jahren nach der zweiten Geburt. Sehr starke Leibschmerzen, die zur Zeit der Menses unerträglich werden. Die Menses dauerten früher 3 Tage, seit der Krankheit 6—8 Tage und sind sehr profus. Pat. ist viel behandelt worden, lag unter anderem 4 Monate lang im Hospital. Temperatur war meist 37,0 bis 37,4 selten bis 37,9. Arbeitsunfähig. Ziemlich zeitraubende Ausschälung der mit Darm und Nachbarorganen verklebten rechten Adnexa, links weniger Adhäsionen. Abtragung der Tuben möglichst nah am Uteruswinkel mit dem Pacquelin, links blieben etwa $^3/_4$ cm. von der Tube zurück. Jodoformmarlydrainage durch den Douglas in die Scheide wegen der zahlreichen, zerrissenen Adhäsionen. Rechte Tube kleinfingerdick, Wände stark hypertropisch, Lumen stricknadel- bis bleistiftdick, aus ihm lässt sich Eiter herausdrücken. Abdominales Ostium mit dem Ovarium verbacken. Pflaumengrosse Parovarialcyste. Linke Tube kleinfingerdick, starkwandig mit schleimigeitrigem Inhalt war mit dem Ovarium verklebt. Im weiteren Verlauf bildete sich Eiter im untersten Stichkanal und Infiltrat. Exsudatbildung um den rechten Stumpf. 2 Fasciennähte wurden mit dem Häkchen aus der Wunde extrahirt. Pat. war später ganz beschwerdefrei. Nach $1^1/_2$ Jahren wurde im unteren Narbenwinkel eine fingerkuppengrosse Hernie constatirt. Keine Menstruation, beschwerdefrei. Die Bauchbinde wurde 1 Jahr getragen.

10. O. R. 34 Jahre alt. Retroflexio uteri fixata, Perimetritis adhaesiva, Perisalpingooophoritis duplex, Hämatosalpinx dextra. Salpingooophorectomia duplex, Ventrofixatio. Vor 1 Jahr blieb die Regel 2 Monate aus. Seitdem krank, arbeitsunfähig; beständige Leibschmerzen. Lösung des Uterus und der Adnexa aus zahlreichen Adhäsionen; Abtragung der Adnexa. Der Uterus wird mit 3 durch seine Wand gelegte Nähte an die vordere Bauchwand fixirt. Genesung ohne Fieber. Die den Uterus fixirenden Nähte wurden 14 Tage nach der Operation entfernt In der rechten Tube fand sich an einer Stelle wallnussgrosse Erweiterung des Lumen mit altem Blut angefüllt; wahrscheinlich Rest einer Tubarschwangerschaft aus dem vorigen Jahr. Salpingitis nodosa. Alle Adnexorgane von membranösen Auflagerungen umgeben. Bauchbinde 2 Monate getragen, $1^1/_2$ Jahre nach der Operation keine Hernie. Arbeitsfähig.

11. A. W. 28 Jahre alt. Cystis ovarii dextri. Perimetritis adhaesiva. Perisalpingitis et Perioophoritis duplex. Salpingo-Oophorectomia dextra-diruptio adhaesion. perimetrit. Seit 6 Jahren Leibschmerzen und profuse, sehr schmerzhafte Menstruation 2—3 wöchentlich, 5—7 tägig. Apfelgrosse, rechtsseitige einkammerige Cyste adhärent mit dem Netz, der hinteren Fläche des Lig. latum und dem Uterus. Rechte Adnexa abgetragen, die linken werden nur aus den Adhäsionen befreit und zurückgelassen. Höchste Temperatur nach der Operation 37,8. Genesen. Nach $^1/_2$ Jahr keine Hernie. Menses regelmässig ohne Schmerzen.

12. A. T. 47 Jahre alt. Myoma uteri, Haematosalpinx duplex, Cystis parovarii sin. Salpingo-Oophorectomia duplex. Sehr profuse 6 Tage dauernde Menorrhagien, Blasenbeschwerden. Harndrang und Druckgefühl in der Blasengegend. Interstitielles Uterusmyom bis 3 Querfinger über die Symphyse reichend, in traligamentär gewachsen, links bis zur Beckenwand. Herzdämpfung vergrössert, Töne rein, Herzklopfen, Anfälle von Angina pectoris. Die Castration erwies sich als nicht leicht; beide Tuben im kleinen Becken verklebt; rechts hühnereigrosse, links apfelsinengrosse Hämatosalpinx. Das rechte Ovarium musste aus Schwarten herausgeschält werden, im Schnürstück blieb möglicherweise ein kleiner Rest Ovarialgewebe zurück. Das linke Ovarium war in der Tiefe des kleinen Beckens verbacken und wurde total entfernt. Genesung reactionslos. Die weitere 2 Jahre lang dauernde Beobachtung ergab, dass die Menses nach der Operation nicht ausblieben, der Blutverlust war aber geringer. Eine Vergrösserung des Myoms fand weiter nicht statt, eher schien es, dass eine geringe Verkleinerung des Tumors zu constatiren sei. Keine Hernie.

13. P. Z. 23 Jahre alt. Abortus tubar. sin. Salpingectomia sin. 2 Geburten. $2^1/_2$ Monate lang keine Regel, darnach einen halben Monat lang Blutung und Leibschmerzen. Rechts vom Uterus orangegrosser Tubensack von prall elastischer Consistenz, derselbe war mit der hinteren Fläche des breiten Mutterbandes, dem Douglas und dem Netze verwachsen. Nach Lösung der ziemlich stark blutenden Verwachsungen Abtragung des Fruchtsackes. Tamponade des Douglas mit einem Jodoformmarlystreifen, dessen unteres Ende zum unteren Wundwinkel hinausgeleitet wurde. Der ausgedehnte Abschnitt der Tube ist 8 cmt. lang, hat einen Durchmesser von 5,5 cm. und einen Umfang von 15 cm. Das heile Ei enthält einen Foetus von 3,5 cm Länge. Die eine Hälfte des Eies steckt in der Tube, die andere ragt aus dem abdominalen Ostium der Tube hervor. Die Tubenwand ist stark verdünnt, ihre dünnste Stelle besitzt die Stärke eines dünnen Löschblattes. Nach 3 Tagen wurde der Tampon aus der Bauchhöhle entfernt und die während der Operation provisorisch angelegten Nähte geknüpft. Heilung per primam ausgenommen den unteren Wundwinkel; daselbst granulirende Stelle, welche die Oeffnung einer Beckenbauchfistel bildete; aus ihr wurden im Laufe der nächsten 8 Monate von Zeit zu Zeit Seidenligaturen herausgezogen. Darnach erst Schluss der Fistel

14. A. M. 28 Jahre alt. Graviditas tubaria dextra, Salpingo-Oophorectomia. Multipara. Die Regel blieb 2 Monate lang aus. Darnach über zwei Monate lang Blutabgang, starker Leibschmerz, Uebelkeiten. Ueber faustgrosser Tubentumor dem Uterus rechts eng anliegend. Sehr enge Verwachsungen mit Darm und Netz. An einer Stelle musste ein Stück der Wand des Fruchtsackes am Darm gelassen werden, weil anders eine Lösung des Tumors ohne Gefährdung der Darmwand nicht möglich war. Ausschälung und Abtragung der rechten Adnexa. Tamponade des Douglas mit einem Jodoformmarlystreifen, dessen Ende zum unteren Wundwinkel herausgeleitet wurde. Der mittlere und laterale Abschnitt der Tube waren in den Fruchtsack umgewandelt; letzterer ist 11 cm. lang und misst 5 cm. im Durchmesser. Tubenwand nirgends dicker als 1 mm. Aus der abdominalen Oeffnung der Tube ragen rupturirte Eihäute vor, in denen ein pfropfartiges Coagulum steckt. Innerhalb des in der Tube steckenden Eies findet sich ein Bluterguss und ein 2,5 cm. langer Foetus. Nach 2 Tagen wurde der Tampon aus der Bauchhöhle entfernt und der untere Wundwinkel durch 2 provisorisch während der Operation gelegte Seidennähte geschlossen. Heilung ohne Reaction per primam. Narbe lineär.

15. E. E. 37 Jahre alt. Graviditas tubaria sin. rupta, Cystis ovarii sin. Perisalpingitis et Perioophoritis dextra adhaesiva, Haemorrhagia in cavum pe-

[24]) Centralblatt für Gynäkologie. 1895 Nr. 23.

ritoneiprofusa, Anaemia acuta gravis, Salpingo-Oophorectomia sinistra. Ruptur einer 3 monatlichen Tubarschwangerschaft die zu einer profusen Blutung in die Bauchhöhle und völligen Collaps führte. Fieberlose Genesung. Der Fall ist genauer in einer Arbeit meines Collegen Dr. A. Rymsza publicirt worden[25]).

16. O. A. 22 Jahre alt. Graviditas tubaria dextra. Abortus tubarius. Haemorrhagia in cavum peritonei profusa. Anaemia acuta gravis. Pneumonia chronica tuberculosa (bacillaris). Schwangerschaft von 2½ Monaten, Tubenabort mit Ausstossung des Foetus in die Bauchhöhle, grosser Bluterguss in die Peritonealhöhle. Operation an der völlig collabirten Pat. Genesung trotz der Pneumonie. Pat. stellt sich einen Monat nach der Operation vor. Narbe lineär. Der Fall ist gleichfalls in der citirten Arbeit von Dr. Rymsza[26]) publicirt.

17. E. S. 29 Jahre alt. Graviditas tuberia dextra rupta, Haemorrhagia in cavum peritonei profusa, Anaemia acuta gravis, Cystis corporis lutci ovarii dextri. Salpingo-Oophorectomia dextra. Früher 2 mal Aborte. Die Regel blieb 6 Wochen aus. Eine Woche lang Leibschmerzen, seit 3 Tagen Blutung; Schwäche und Uebelkeit; seit 2 Tagen Verschlimmerung des Zustandes. Anaemie beträchtlich, Fluctuation im Adomen P 130 R 44 T 36.5. Da sich der Zustand im Hospital im Verlauf von 4 Stunden verschlimmerte Laparotomie und Abtragung der rechten Adnexa. Im Unterleib blieb viel flüssiges Blut zurück. Nach der Operation P 180 dazwischen garnicht zu fühlen, doch bald fortschretende Besserung. Nussgrosse Erweiterung der Tube, in der Wand dieses Fruchtsackes unregelmässige Ruptur für einen Finger durchgängig. Weiter nach aussen erweitert sich die Tube zum zweiten Mal und ist an dieser Stelle mit einem alten Coagulum ausgefüllt. Ostium abdominale nicht verschlossen. Im Ovarium pflaumengrosse Cyste eines gelben Körpers. Höchste Temperatur nach der Operation 37,8. Reactionslose Genesung.

18. A. N. 23 Jahre alt. Graviditas tuberia dextra rupta. Hämorrhagia in cavum peritonei profusa. Anaemia acuta gravis. Salpingo-Oophorectomia dextra. Incisio formicis vaginae posterioris.

Letzte Menses vor 2½ Monaten. Vor 7 Tagen Blutung, die von einem Geburtshelfer als Abort gedeutet wurde und bald verging. Vor 4 Stunden Ohnmacht. Grosse Schwäche, Schwindel, Leibschmerz. Pat. wurde collabirt ins Hospital eingeliefert. hochgradig anämisch, Fluctuation im Unterleibe. Entfernung der rechten Adnexa mit Zurücklassung einer ziemlich grossen Menge Blutes im Abdomen. Länge des Fruchtsackes 12 cm., Durchmesser desselben 6 cm. Das unverletzte Ei sass in toto im Fruchtsack. Das abdominale Ende der Tube offen. In der Tubenwand 4 Löcher. Das hoch interessante Präparat soll an anderer Stelle beschrieben und besprochen werden. Nach der Operation fortschreitende Besserung des Allgemeinzustandes. Vom 3. Tage an Fieber. Stichkanaleiterung. Am 10. Tage nach der Operation wurde das hintere sich vorwölbende Scheidengewölbe incidirt und 250 cbm. flüssigen alten Blutes von dort herausgelassen. Drainage des Douglas. Die Genesung wurde durch eine am 14. Tage auftretende Pleuropneumonie verzögert. Genesen.

19. A. J. 30 Jahre alt. Myoma uteri interstitiale. Amputatio uteri myomatosi supravaginalis. Die Geschwulst wurde zuerst vor 1½ Jahren bemerkt, damals war sie faustgross. Der Tumor reicht jetzt bis handbreit über den Nabel. Die Portio vaginalis ist klein und steht hoch. Der Tumor ist beweglich. Leibumfang 80,5 cm. Myomotomie mit Einnähung des Stumpfes in den unteren Wundwinkel nach Fritsch. Gewicht des interstitiellen Myoms 3200 grm. Reactionslose Genesung. Entlassung mit kleinem granulirendem Wundtrichter. Pat. ist ein Jahr später von Prof. O. wegen Bauchhernie operirt worden.

20. O. S. 30 Jahre alt. Fibromyoma uteri retrocervicale. Laparomyomotomia. Nullipara. Wegen starker Blutungen, Blasentenesmen und Leibschmerzen wandte sich Pat. vor 3 Jahren an Prof. K der ein Myom constatirte, das 12 cm. über die Symphyse ragte. Die damals von Prof. K. ausgeführte Laparotomie ergab, dass das Myom retroperitoneal entwickelt war und von der hinteren Cervix- und Uteruswand ausgegangen war. Es wurde eine doppelseitige Castration ausgeführt. Danach wurde eine geringe Verkleinerung (?) des Tumors constatirt (um 1 cm soll die Kuppe der Geschwulst niedriger gestanden haben). Nach 7 monatlicher Pause traten wieder Menstruationen in 3-wöchentlicher Intervallen von 5–6 tägiger Dauer auf. Seit 8 Monaten unregelmässige langdauernde Blutungen (10—12 Tage lang) in kurzen Intervallen mit starken Schmerzen, die Pat. ganz herunterbrachten. Der Tumor reicht bis Nabelhöhe und nimmt mit seinem unteren Abschnitt die Kreuzbeinaushöhlung ein. Der myomatöse Uterus ist unbeweglich und hat sich das Myom nach links intraligomentär bis zur Beckenwand entwickelt. Die Vaginalportion ist verstrichen und steht hoch und vorn, der vordere Muttermundssaum ist scharf, der hintere geht direct in den Tumor über. Der untere Pol der Geschwulst bildet mit der verstrichenen Cervix ein Kugelsegment. Bei der Operation fand sich das Netz mit der vorderen Bauchwand z. Th. verwachsen. Der untere breitere Pol der Geschwulst sass fest im kleinen Becken. Vom linken Lig. lat. war nur ein kurzes Stück des oberen Randes nicht entfaltet, tiefer unten waren die beiden Blätter des Ligaments durchs Myom auseinandergedrängt. Hinten ging der Peritonealüberzug der Geschwulst in das Perit. pariet. der hinteren Bauchwand über. Die Geschwulst wurde aus ihrem Bett herausgeschält und mit Zurücklassung von Uterussubstanz als Stumpf abgetragen. Letzterer wurde mit 6 Matratzennähten versorgt und mit Peritoneum überdeckt. Die riesige Wundhöhle (des Geschwulstbettes) im kleinen Becken wurde mit Jodoformmarly tamponirt, das Ende des Marlystreifens zum unteren Wundwinkel hinausgeleitet. Der entfernte Tumor wog 2150 grm., er erwies sich als von der hinteren Gebärmutterwand ausgegangen. Der Tampon wurde aus der Bauchhöhle am 3. Tage entfernt. Pat. war nach der Operation sehr schwach und starb unter den Erscheinungen von Herzschwäche nach 4 Tagen nachdem sich die Temperatur am 4. Tage bis 37,9–38,1 erhöht hätte. Bei der Section fand sich ein auffallend kleines Herz mit degenerirter Muskulatur, ebenso fettige Degeneration der Leber. Die Milz war klein, ihre Kapsel leicht gerunzelt, die Därme gebläht. Das Peritoneum war spiegelnd, im kleinen Becken fanden sich etwa 200 cbcm. blutiger Flüssigkeit. Die Wand des Beckens war mit festen adhärenten Blutgerinnseln bedeckt. Der Stumpf war trocken nur zwischen 2 Suturen fand sich ein adhärentes Blutgerinsel. Parenchymatöse Degeneration der Nieren.

21. H. S. 42 Jahre alt. Fibromyoma uteri multiplex interstitiale et submucosum. Haematosalpinx sinistra. Panhysterectomia. Der Fall ist schon veröffentlicht worden[28]). Totalexstirpation.

22. F. S. 42 Jahre alt. Fibromyoma uteri multiplex interstitiale et submucosum. Haematosalpinx dextra. Panhysterectomia. Totalexstirpation des Uterus nach combinirter Methode. Gleichfalls publicirt[29]).

23. A. K. 35 Jahre alt. Fibromyoma uteri multiplex. Haematosalpinx duplex, Cystis ovarii dextri, Perimetritis adhaesiva. Panhysterectomia. Die Geschwulst wuchs mit 8 Jahren. Schon vor 3 Jahren wurde eine Operation angerathen. Die Grösse des myomatösen Uterus entsprach einer 8-monatlichen Schwangerschaft. Leibumfang 86 cm. Gewicht des exstirpirten Uterus 2800 grm. Exstirpation per laparotomiam, nachdem die Cervix von der Vagina aus umschnitten war, ohne Eröffnung der Scheidengewölbe. Tamponade des Douglas. Die Genesung wurde complicirt durch Stichkanaleiterung, wobei sich 6 aponeurotische Nähte mit dem Häkchen extrahiren liessen.

24. A. K. 29 Jahre alt. Graviditas cornu rudimentarii uteri Amputatio cornu gravidi. Der Fall ist in extenso an anderer Stelle veröffentlicht[30]). Reactionslose Genesung.

25. N. Tsch. 41 Jahre alt. Hernia lineae albae. Operatio herniae. Vor 3½ Jahren wurde Pat. wegen doppelseitiger Pyosalpinx von Dr. Wasten operirt, wobei ein Tubensack wegen zu weitgehender Verwachsungen in die Bauchwunde eingenäht wurde. Apfelgrosse Hernie von 10 cm. Länge und 8 cm. Breite. In die Bruchöffnung passen 3 Finger hinein. Resection des Bruchsackes, Freilegen und Vernähung der Fascienränder (20 aponeurotische Nähte). Keine Darmverklebungen, nur das Netz war mit dem Bruchsack verwachsen. Einige Verwachsungen mit dem Uterus Reactionslose Genesung.

St. Petersburg. December 1896.

[25]) Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten (russisch) 1896 Mai pag. 565.

[26]) l. c. pag. 566.

[28]) W. Beckmann, Ueber die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per laparotomiam. St. Petersb. Med. Wochenschrift 1895, Nr. 41.

[29]) l. c.

[30]) Zeitschrift f. Gebh. und Gynäk. Bd 35, H. 1.

Referate.

W. Knoepfelmacher: Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsclerem. Vorläufige Mittheilung). Wien. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 10.

Klinische Beobachtungen einiger Fälle von sogenanntem Fettsclerem veranlassten Verf. zur chemischen Untersuchung des Hautfettes. Der Zustand, welchen man als Fettsclerem

bezeichnet, besteht in einem Erstarren der Haut und des Unterhautzellgewebes, wobei der ganze Körper, besonders aber die Extremitäten brettartig hart werden können. Die Haut ist kühl, blass, nicht eindrückbar und nicht faltbar, sie liegt den Organen fest an; die Schleimhäute sind trocken, die Muskeln rigide. In hochgradigen Fällen liegt das Kind fast unbeweglich da.

Verursacht wird dieser Zustand erstens durch capillare Stase und Temperaturerniedrigung in Folge von Herzschwäche und zweitens durch vorhergegangenen grossen Flüssigkeitsverlust. Am häufigsten kommt es zu Fettsclerem daher bei Cholera infantum.

Da nun das Fettsclerem nur im frühesten Säuglingsalter beobachtet wird, so muss es sich um eine besondere Zusammensetzung des Fettes handeln, die solch' einen Zustand ermöglichen könnte. Frühere von Langer angestellte Untersuchungen zeigten nämlich, dass das Fett Neugeborener bereits bei 36° erstarrt, während das Fett Erwachsener bei Körpertemperatur, weit drunter und noch bei Zimmertemperatur zum grossen Theile flüssig bleibt.

Das Menschenfett besteht aus den Triglyceriden der Oelsäure, der Palmitin- und Stearinsäure. Das Olein ist leicht flüssig. Palmitin und Stearin schmelzen erst bei hohen Temperaturen. Deshalb wird ein Fett um so leichtflüssiger sein, je reicher es an Olein ist.

Nach den Langer'schen Untersuchungen enthält das Hautfett Neugeborener 67% Oelsäure, das Erwachsener aber 89%. Bei seinen eigenen Untersuchungen erhielt Knoepfelmacher wesentlich niedrigere Werthe und zwar für das Fett des Neugeborenen einen Oelsäuregehalt von 43,3%, für das Fett des älteren Kindes 65%. Ferner fand Verf., dass das Hautfett des Säuglings immer oleinreicher wird und zum Ende des 1. Lebensjahres oder etwas später denselben Oelsäuregehalt enthält, wie ihn das Fett der Erwachsenen besitzt. Dann fand Verf., dass das Fett des Säuglings zu Ende des 2 Lebensmonats einen so hohen Oelsäuregehalt hat, dass hierdurch zu dieser Zeit die Entwicklung eines Fettsclerems nur höchst selten und mit 6 Monaten ganz unmöglich wird.

In zwei Fällen von an Cholera infantum und Fettsclerem verstorbenen Kindern hat Verf. das Fett untersucht und gefunden, dass es die der zukommenden Altersklasse entsprechende Zusammensetzung hatte. Hecker.

A. Fournier: Wie ernährt man ein von einem syphilitischen oder syphilisverdächtigen Vater stammendes Kind? Therap. Wochenschr. Nr. 8—10, 1897.

Zweifellos ist diese Frage von ungeheuerer praktischen Wichtigkeit und die Besprechung des Gegenstandes seitens einer Autorität, wie es Fournier ist, kann nur höchst willkommen erscheinen, zumal sie eine Stellungsnahme in dieser Gewissensfrage nur erleichtern kann. Denn, wie es auch Fournier in den einleitenden Worten gleich sagt, kommt es häufig vor, dass zu einem Arzte in die Sprechstunde ein Mann kommt, welcher mittheilt, er habe früher mal Syphilis gehabt und den Arzt nun um Rath fragt, ob man seinem bald zu erwartenden Kinde eine Amme geben dürfe oder wie man es sonst ernähren könnte.

Es seien in solchen Fällen folgende Gefahren zu berücksichtigen: 1 die Möglichkeit hereditärer Erkrankung des Kindes, 2. die Möglichkeit der Infection der Mutter durch das Kind, 3. die Gefahr der Infection der Amme durch das Kind und 4. Uebertragung der Syphilis von der Amme auf ihr eigenes Kind, ihren Mann und die event. anderen Säuglinge.

In jedem einzelnen Falle müsse man je nach den vorliegenden Verhältnissen individualisiren, gründlich erwägen ob ein Kind ohne Gefahr für die Amme einer solchen anvertraut werden darf. In erster Linie wird der Vater selbst über seinen Gesundheitszustand Aufklärung zu geben haben und da sei das Augenmerk zu richten 1. auf den Mangel actueller syphilitischer Erscheinungen, 2. auf das Alter der väterlichen Syphilis, 3 auf ihre Qualität, 4. auf den Zeitraum, der zwischen der letzten luetischen Manifestation beim Vater und dem Zeitpunkte der Conception verstrichen ist und 5. auf die Behandlung der väterlichen Syphilis, in welch' letzterem ein sehr wichtiger Factor zu suchen sei.

Sämmtliche Fälle theilt Verf. in drei Gruppen ein.

In einer ganzen Reihe von Fällen wird man die gestellte Frage mit einem kurzen «Ja» beantworten können. Das sind solche Fälle, in welchen sämmtliche Verhältnisse günstig liegen, die Gefahr einer hereditären Uebertragung gleich Null ist. Dabei findet man den gegenwärtigen Zustand des Vaters vollkommen zufriedenstellend; die syphilitische Erkrankung desselben hat z. B. vor 10 Jahren stattgefunden, war immer gutartig und hat sich durch eine sehr geringe Zahl specifischer Erscheinungen geäussert, lange ist eine genaue methodische Behandlung vollführt worden. Ein von einem solchen Vater stammendes Kind kann ruhig einer Amme anvertraut werden.

In die zweite Categorie gehören jene Fälle, die sich durch genau entgegengesetzte Eigenschaften auszeichnen und in derartigen werden wir rundweg die Aufnahme einer Amme verbieten müssen, da hier die Gefahr der syphilitischen Heredität und der Uebertragung auf die Amme sehr gross ist.

Dagegen ist nicht so leicht die Beantwortung der Frage in den sogenannten mittleren Fällen, wo die Gefahren und die Garantien sich die Wage halten.

Die Syphilis des Vaters ist etwa 3 Jahre alt, sie war weder leicht noch schwer, ist zum letzten Male ungefähr vor einem Jahr zum Vorschein gekommen, die Behandlung war anfangs energisch, später wurde sie nur lax durchgeführt. In solchen Fällen sind grosse Chancen für die Immunität des Kindes und einige Wahrscheinlichkeit gegen dieselbe. Und ein solches Kind darf man keiner Amme anvertrauen, das verbietet sowohl die Moral als auch der klar denkende Menschenverstand.

Wenn man es also einer Amme nicht anvertrauen darf, wie soll man es denn ernähren? Vor Allem ist die Mutter des Kindes dazu berufen und auf diese muss mit aller Energie eingewirkt werden, dass sie ihr Kind selbst stille, denn erstens ist die natürliche Ernährung durch die Mutter für das Kind die günstigste, umso mehr, wenn es sich um ein Kind handelt, welches durch die väterliche Heredität kränklich und wenig widerstandsfähig sein kann. Zweitens ist die Mutter jenen Gefahren nicht ausgesetzt, denen das Kind eine Amme aussetzt. Diese Thatsache beruht auf dem Colles-Baumès-schen Gesetze, nach dem eine Mutter, die von einem syphilitischen Vater ein syphilitisches Kind concipirt hat, von diesem Kinde nach dessen Geburt nie Syphilis bekommt. Selbst wenn ein solches Kind noch so contagiöse Erscheinungen aufweist, wird es seine Mutter nie inficiren. Fournier selbst hat nie eine Unrichtigkeit dieser Thatsache sehen können. Aber wenn auch Gefahren für die Mutter vorhanden wären, so giebt es wohl schwerlich eine Mutter die nicht ihr eigenes Kind ernähren würde, sofern sie nicht durch äussere Gründe daran gehindert wird.

Wenn nun aus diesem oder jenem Grunde die Mutter das Kind nicht stillt, so sei noch lange nicht alles verloren. Nach den hierin gemachten Erfahrungen hat die künstliche Ernährung luetischer Kinder mit sterilisirter Milch ganz zufriedenstellende Resultate gegeben und wie es Fournier im Hospital und der Privatpraxis erfahren, die Mortalität dieser Kinder beträchtlich herabgesetzt.

Hecker.

Bottini: Die galvanocaustische Diaerese zur Radicalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. Arch. f. klin. Chir. 1897, I. p. 93.

Bottini's Methode der galvanocaustischen Inangriffnahme der Prostatahypertrophie dürfte seit langem schon bekannt sein. Leider aber auch nur bekannt, ohne practisch nachgeprüft worden zu sein. Wir können dem italienischen Autor daher nur Dank wissen, dass er uns seine seit 25 Jahren mit ausgezeichnetem Erfolge geübte, im Laufe der Jahre verbesserte und vereinfachte Methode an leicht zugänglicher Stelle bekannt giebt. Nicht nur die Veröffentlichung erscheint uns zeitgemäss, sondern auch ihre Nachprüfung dringend; können wir doch — nach den Schilderungen des Autors — erwarten, dass sie die hohe Aufgabe hat gerade eine heute viel geübte, leider so brutale Methode wie die der Castration abzulösen. «Die Idee auf dem Wege durch die Harnröhre an dem Blasenhalse einen Feuerbrand zu tragen und — gleichzeitig die nächstgelegenen Theile gefrieren zu machen, ist eine Idee, die man für einen Traum aus 1001 Nacht halten könnte» und doch ist die Ausführung derselben eine bei den heutigen Mitteln der Technik sehr einfache. Bottini giebt uns eine gute Abbildung und Erklärung seines Instrumentariums: eines leicht regulirbaren Accumulators und zweier Brennapparate, des Cauterisators und Incisors, die äusserlich einem Mercier'schen Catheter sehr ähnlich sehen. Während Bottini früher die Cauterisation des durch die prostatischen Schwellungen verunstalteten Sphincter internus allein ausführte, benutzt er jetzt gewöhnlich die galvanocaustische Incision desselben. Der Eingriff ist um Nichts gefährlicher und doch wirksamer. Die Operation wird unter Cocainanästhesie ausgeführt und dauert nur wenige Minuten. Der Erfolg ist häufig ein augenblicklicher — oft am nächsten Tage — spätestens nach Abstossung des Schorfes (14 Tage — 1 Monat) können die Kranken den Urin spontan lassen und der Catarrh bessert sich oder verschwindet meist gänzlich [1]).

In Deutschland ist das Verfahren von Kymmel und Czerny bereits geübt worden und scheinen die wenigen Versuche glücklich ausgefallen zu sein.

Schabert (Riga).

---

[1]) Ueble Zufälle dürften nur den ereilen, der die genauen Vorschriften der Ueberwachung des Instrumentariums, wie sie von Bottini angegeben werden ausser Acht lässt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kisch: Balneo-therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte. 1896, 1897. Urban und Schwarzenberg in Wien.

Das Werk, das in 15 Lieferungen erschienen ist, bildet die wesentlich vermehrte Auflage des Grundrisses der klinischen Balneotherapie desselben Verfassers. Die alphabetische Anordnung sowohl der allgemein gehaltene Artikel als auch der einzelnen Curorte erhöhen den praktischen Werth des Buches ungemein. Der Verfasser, der eine grosse Erfahrung als Badearzt besitzt und sämmtliche bedeutendere Badeorte an Ort und Stelle studirt hat, ist wohl wie keiner geeignet die nöthigen Winke bei der Auswahl reps. wissenschaftlichen Bedeutung der einzelnen Orte zu ertheilen. Für die Vollständigkeit des abgehandelten Stoffes spricht allein der Umstand, dass gegen 1800 Curorte und klimatische Stationen berücksichtigt worden sind. Dank dieser Vollständigkeit sind vielleicht einige wichtigere Curorte kürzer besprochen als es Ref. wünschenswerth erscheint, doch thut dies dem Buche sicher keinen Abbruch. Dasselbe wird wohl in Kürze ein nothwendiges Nachschlagebuch jeder ärztlichen Bibliothek bilden. W. Beckmann.

Professor Dr. **Alexis Horvath** (Kazan). Ueber die Hypertrophie des Herzens. Aus den Vorlesungen über allgemeine Pathologie. Mit einem Vorwort von Professor Dr. A. Weichselbaum. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller 1897.

Dieses so überaus wichtige Capitel der Pathologie wird vom Verfasser in origineller und interessanter Weise abgehandelt. Die bisher allgemein adoptirte Ansicht, dass die Vergrösserung und Hypertrophie der Muskeln durch gesteigerte Arbeitsleistung bedingt sei, wird vom Verfasser als unrichtig verworfen. Es existire in der Physiologie kaum eine zweite Behauptung, die, obgleich als feststehend betrachtet, dennoch so wenig wissenschaftliche Beweise hat, wie die Lehre von der Arbeitshypertrophie der Muskeln. Mit der Erschütterung dieser Lehre fällt auch die Bedeutung der compensatorischen Hypertrophie des Herzens bei Klappenfehlern. Wenn die pathologische Hypertrophie des Herzens die Herzfehler compensiren könnte, so müsste dieselbe, wie beim normalen Wachsen des Herzens so lange zunehmen, bis der Herzfehler compensirt ist; bei der pathologischen Compensation dagegen nimmt die Hypertrophie des Herzens immer mehr und mehr zu, «wie in dem unbefriedigten Streben nach einem unerreichbaren Ziel». Die neue Lehre **Horvaths** über die Herzhypertrophie stützt sich auf das bekannte **Fick**'sche Princip über die Muskelarbeit, dass der gedehnte Muskel beim Tetanisiren mehr Arbeit leistet und mehr Nutzeffect liefert, als wenn er bei geringerer Dehnung tetanisirt wird. Das **Fick**'sche Moment, welches die Hypertrophie bedingt, wird allemal vorhanden sein, wenn die Erregung des Muskels zur Contraction oder die Contraction selbst den Muskel in einer grösseren als normalen Ausdehnung trifft. Verfasser bemüht sich diese Lehre von **Adolf Fick** mit den Symptomen und dem Verlaufe der Herzhypertrophie in Einklang zu bringen und unter diesem Gesichtspunkte bespricht er eine Reihe von praktisch sehr wichtigen Fragen, z. B. über die Ermüdung des Muskels, über die Wirkungsweise der Digitalis bei Herzkrankheiten, über die physiologische Bedeutung der Gymnastik, über die Entstehung der **Basedow**'schen Krankheit etc. Trotzdem, dass die Darstellung des Stoffes an einzelnen Stellen etwas zu breit gehalten ist, ab und zu sogar auf social-politische Fragen abschweift, bietet das Werk doch sehr viel Belehrung und Anregung, so dass wir das Studium desselben nur empfehlen können. Abelmann.

Dr. A. **Dieudonné**. Ergebnisse der Sammelforschung über das Diphtherieheilserum für die Zeit vom April 1895 bis März 1896. (Berlin 1897. Julius Springer).

Das von Dieudonné gesammelte Material von verschiedenen Epidemien stammend, ist zur Entscheidung der Frage über den Werth des Diptherieheilserums besonders werthvoll, und können wir den Interessenten die Anschaffung dieser Monographie nur warm empfehlen. Im I. Capitel gibt Verfasser eine statistische Uebersicht der mit Heilserum behandelten Fälle: es sind 9581 Fragebogen eingesandt worden, von diesen Fällen sind 83,5% genesen und 15,5 gestorben, in Behandlung waren noch zur Zeit der Berichterstattung 1%. Lässt man die noch in Behandlung gebliebenen Kranken ausser Betracht, so stellt sich das Endergebniss folgendermassen dar: auf 9488 Diphteriekranke kommen 7999 Genesene und 1489 Gestorbene d. h. auf je 16 Genesene 3 Gestorbene. Die Sterblichkeit ist in keinem der vorhergegangenen Jahre so niedrig, wie in dem Berichtsjahre gewesen. Die Beeinflussung der Kehlkopfstenose und des Verlaufes derselben durch die Serumtherapie sind ebenfalls durch Anführung der statistischen Daten klargelegt. Der 2. Abschnitt beschäftigt sich mit der Einwirkung des Heilserums auf den klinischen Verlauf der Diphtherie. Als Gesammtergebniss der Sammelforschung betrachtet Verfasser Folgendes: «die ärztliche Behandlung der Diphtherie mit dem Heilserum bezeichnet einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie; ein günstiger Erfolg trat bei dessen Anwendung häufiger ein, als bei den bisherigen, wissenschaftlich erprobten Heilverfahren. Die hier und da beobachteten Nebenwirkungen traten im allgemeinen hinter dem Nutzen der Heilwirkung zurück». Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— **Brackmann** hat in einem Falle von Diabetes insipidus das Amylenhydrat in Dosen von 1,0–2,5 pro die als äusserst wirksam gefunden. Die tägliche Urinmenge nahm rasch ab, das starke Durstgefühl schwand. Nach Aussetzen des Mittels stieg wieder die tägliche Urinquantität. B. empfiehlt die intermittirende Darreichung des Amylenhydrats bei Diabetes insipidus auf das Wärmste, man könne damit einen wesentlich andauernden Erfolg erzielen.

Therapeutische Monatshefte Nr. 12. 1896.

Prof. emerit Edmund Russow †.

Am 11. April dieses Jahres verschied plötzlich an Herzparalyse Prof. emerit. **Edmund Russow**, Professor der Botanik der ehem. Dorpater Universität.

Da die grösste Zahl unserer Leser zu den einstigen Schülern Russow's gehört, so folgen wir gern der Mahnung der Pietät, indem wir des Hingeschiedenen auch an dieser Stelle gedenken.

Edm. Russow wurde im Jahre 1841 in Reval geboren, studirte in Dorpat Botanik und wurde im J. 1864 als Gehilfe des Directors des Botanischen Gartens daselbst angestellt. 1867 wurde er Docent für Botanik, erwarb 1871 den Grad eines Dr. bot. und im Jahre 1874 wurde er zum Prof. der Botanik und Director des botanischen Gartens erwählt. Nachdem er zu Anfang des Jahres 1895 emeritirt worden, lebte er als Privatmann, bis ihn nun ein plötzlicher Tod aus anscheinend vollkommener Gesundheit abberufen hat.

Wer das Glück hatte, der fein organisirten Persönlichkeit Russow's näher zu treten, der erkannte bald, dass dieser Mann zu den seltenen Naturen gehörte, die die Motive ihres Wollens und Thuns nie lediglich aus der Ueberlegung und dem Kopfe, sondern stets zugleich aus dem Herzen und der Empfindung schöpfen. Daher in Allem was er sprach und that, jene Begeisterung und Wärme, die den Verkehr mit ihm so genussreich machte.

Als Naturforscher suchte R. das Object seiner Studien, die weite Natur, mit seiner ganzen Persönlichkeit zu erfassen. Ihm genügte nicht die einseitige Befriedigung des wissenschaftlichen Triebes nach objectiver und causaler Erkenntniss — er ergriff die Gegenstände seiner Beobachtung zugleich mit feiner, ästhetischer Empfindung. Wer R. als Naturforscher kennen lernen will, der lese seine Schilderungen der Flora an den Dünen und Felsenufern Estlands. Hier spricht nicht nur der kühle Beobachter, der systematische Botaniker, dem kein unscheinbares Pflänzlein, kein seltenes Moos entgeht, hier schildert zugleich der Poet, dessen Seele von der ernsten Pracht der dunkeln Nadelwälder und von der Majestät der an die heimathliche Meeresküste brandenden Wogen in ihrer Tiefe bewegt ist.

Das Streben R.'s, die Dinge der Schöpfung gleichzeitig zu erkennen und zu empfinden tritt mit naiver Ursprünglichkeit auch in den Beschäftigungen der letzten Jahre seiner wissenschaftlichen Musse zu Tage.

Es ist kein Zufall, dass er sich mit glühendem Eifer auf die Herstellung stereoscopischer Landschaftsbilder legte. Die unbestechliche Genauigkeit und Treue, mit der der photographische Apparat die Natur wiedergiebt, befriedigte den nach objectiver Wahrheit verlangenden Forscher in höherem Masse, als irgend ein anderes Bild von Künstlerhand es hätte thun können; andererseits gestattete R.'s malerisches Auge ihm die günstigsten Punkte und die richtigen Momente mit feinem Geschmack so zu wählen, dass auch der Künstler zu seinem Recht kam.

Unter den wissenscahaftlichen Arbeiten Russow's seien hervorgehoben die Flora der Umgebung Revals, die Beschreibung der von ihm entdeckten und in ihrer physiologischen Bedeutung zuerst erkannten sog. Tüpfelzellen, besonders der Coni-

feren, seine Arbeiten über die Vertheilung und die Bewegung des Protoplasma innerhalb der Pflanzenzelle und der gesammten Pflanze und endlich seine ausgedehnten, leider nun unvollendet gebliebenen systematischen Untersuchungen über die Torfmoose, die botanischen Reste einer früheren Erdperiode.

Als Präsident der hiesigen Naturforschergesellschaft hat R. sich mit regem Eifer an den Verhandlungen derselben betheiligt, die Traditionen derselben hochgehalten und es verstanden, die Erinnerung an die besten Zeiten dieser Gesellschaft, da ein Fried. Bidder ein K. E. v. Baer an ihrer Spitze standen, zu pflegen und bei passender Gelegenheit immer wieder wachzurufen.

Was er uns als Lehrer und als Vorbild reiner Gesinnung und edler Menschlichkeit gewesen ist, steht unvergesslich in unserer Erinnerung. Dehio.

Vermischtes.

— S. Majestät der Kaiser hat auf das Gesuch des Organisationscomités des XII. internationalen medicinischen Congresses in Moskau mittelst Befehls vom 6. März c. geruht, den Congress, welcher bereits unter dem Protectorat S. Kais. Hoheit des Moskau'schen Generalgouverneurs steht, auch unter Sein Allerhöchstes Protectorat zu nehmen und den ausländischen Gesandten zu gestatten, die an dem Congress theilnehmenden Delegirten fremder Staaten Seiner Kaiserlichen Majestät vorzustellen.

— Die von der Russischen Regierung dem internationalen medicinischen Congress in Moskau gewährte Subvention von 50,000 Rbl. ist neuerdings auf 75,000 Rbl. erhöht worden. Zugleich ist allen Mitgliedern des Congresses, russischen sowohl als ausländischen, freie Fahrt nach Moskau und zurück auf den russischen Eisenbahnen bewilligt worden. Der Finanzminister hat die Russischen Zollbehörden angewiesen, den ausländischen Congressmitgliedern bei ihrer Durchreise nach Moskau jede Unterstützung zu Theil werden zu lassen und die von ihnen etwa mitgebrachten medicinischen Instrumente ohne Zoll, sowie kleinere Portionen von im russischen Reiche verbotenen Heilmitteln ohne Confiscation durchzulassen. Von vielen ausländischen Eisenbahnen und Dampfschifffahrts-Gesellschaften ist den nach Moskau zum internat. med. Congress reisenden Aerzten eine Fahrpreisermässigung von 25—50% bewilligt worden. Die ausführlichen Programme der einzelnen Sectionen des Congresses sowie verschiedene Mittheilungen bezüglich desselben werden im Mai Monat zur Versendung an die angemeldeten Mitglieder gelangen. Die Meldung geschieht unter Einsendung des Mitgliedsbeitrags von 10 Rbl. an den Cassirer Professor Dr. N. F. Filatow (Москва, Дѣтская Хлудовская Больница). Etwaige Anfragen und Mittheilungen sind an den Generalsecretär des Congresses, Professor Dr. W. K. Roth (Москва, Клиника Нервныхъ болѣзней), zu adressiren. — In St. Petersburg ist für den Empfang der Congressmitglieder ein besonderes Bureau gebildet worden, welches aus dem Chef der milit.-med. Academie, Prof. Paschutin (Vorsitzender), dem Director des Instituts für Experimental-Medicin, Prof. Lukjanow und den Professoren der milit.-med. Academie Weljaminow und Ott besteht. Nach Schluss des Aerzte-Congresses in Moskau am 15. August wird den von dort in St. Petersburg eintreffenden Mitgliedern desselben ein Rout seitens der hiesigen ärztlichen Gesellschaften gegeben werden. Am 18. August findet dann im Beisein der Mitglieder des Congresses die feierliche Eröffnung des chirurgischen Museums zum Andenken an N. J. Pirogow statt und am Abend desselben Tages wird von der Stadt ein Rout zu Ehren der Congressmitglieder im Dumasaal veranstaltet werden.

— Am 21. April wurde auf den Oberarzt der hiesigen städtischen Irrenanstalt Nikolai des Wunderthäters, Dr. Otto Tschetschott, von einem Insassen der Anstalt, einem früheren Studenten der Universität, ein Attentat ausgeübt. Der Thäter überfiel den Dr. Tschtschott während seiner Morgenvisite hinterrücks und brachte ihm mit einem zerbrochenen Löffel, den er an einem Steine scharf geschliffen hatte, eine Stichwunde an der linken Seite des Halses bei. Glücklicherweise gelang es dem Arzt dadurch, dass er sich schnell umwendete und dass ein anderer Kranker zu Hülfe eilte, einen zweiten Stich zu pariren. Wie verlautet, hat der Patient, der sich bis dahin im Hospital ruhig verhalten hatte, aus Rache, dass ihm ein Urlaub in den Osternfeiertagen aus triftigen Gründen verweigert worden war, die That verübt. Der Zustand Dr. Tschetschott's ist ein befriedigender.

— Vor Kurzem beging der verdienstvolle Professor der Pharmakologie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Dogel, das 40 jährige Jubiläum seiner academischen Thätigkeit, bei welcher Gelegenheit demselben eine Adresse von seinen Schülern dargebracht wurde.

— Der ordentliche Professor der Histologie an der Kasan'schen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Arnstein, ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden. Prof. Arnstein ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er im J. 1867 die Doctorwürde erlangte, und gehört seit 1869 — zuerst als Prosector, dann von 1872 als Professor dem Lehrkörper der Kasan'schen Universität an.

— Zum Oberarzt der St. Petersburger Polizei ist an Stelle Dr. Jeremejew's, welcher wie wir meldeten, Medizinalinspector von St. Petersburg geworden ist, der Oberarzt der Warschauer Polizei Dr. W. J. Skabitschewski ernannt worden. Sk. war früher längere Zeit Gouvernements-Medicinalinspector von Lublin.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden II. Classe — dem Abtheilungschef des Medicinal-Departements Dr. Smirnow. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Mitgliede der Gesellschaft zur Förderung der physischen Entwickelung der Kinder, wirkl. Staatsrath Dr. Wirenius.

— Verstorben: 1) Am 7. d. M. verschied hierselbst der Wirkl. Staatsrath Dr. med. Julius Kayser, weiland Arzt am Marienhospital und an der IV. Abtheilung der Eigenen Kanzlei Sr. Majestät. Mit ihm ging wiederum ein Mann dahin, der nicht allein s. Z. als erfahrener, unermüdlicher Mediziner zahlreiche Verehrer gehabt, sondern sich auch bis zum letzten Augenblicke ein warmes, an jedem Schmerze theilnehmendes Herz für seine Mitmenschen bewahrt hatte. Hinsichtlich seines Lebensganges wäre hervorzuheben, dass K. aus Estland gebürtig, an der hiesigen Medico-Chirurgischen Academie studierte. 1861 den Arzt — und einige Jahre später den Doctortitel erwarb, alsbald eine ausgedehnte Praxis, zuerst namentlich als Otiater, hatte, mehrmals des Glückes theilhaftig wurde Höchsten und Allerhöchsten Personen näher treten zu dürfen und Auszeichnungen, wie Gnadenbeweise aller Art für seine rastlose Thätigkeit nicht ausblieben. Diese äusseren Erfolge genügten aber dem Dahingeschiedenen keineswegs; — mit heisser Liebe pflegte er das Familienleben, widmete jeden berufsfreien Moment den Seinen, war stets heiter, oft übermüthig froh im Umgange mit seinen Freunden (namentlich wenn die Erinnerung an die Kindheit und Jugendzeit wachgerufen wurde) und half armen und bedrängten Kranken zu jeder Zeit mit der grössten Selbstaufopferung. Dass ein solches Leben ein reiches, ein nicht unnütz verbrachtes genannt werden muss, steht über jedem Zweifel, es ist aber auch zweifellos, dass es körperlich und seelisch früh auftreibt. Schon in seinem 61 Jahre erlag K. einem schleichend heran gekommenen, schweren Rückenmarks- und Hirnleiden und ward am 10. April ins Grab gesenkt, welches seine trauernde Wittwe, die Kinder, Verwandte und viele Freunde tief erschüttert umstanden. Ehre und Friede Deiner Asche, Du braver Gatte, Vater, Freund und Arzt! 2) In Zarewossantschursk (Gouv. Wjatka) der dortige Landschaftsarzt Michael Popow im Alter von 33 Jahren am Herzschlage. 3) In Jalta der Landschaftsarzt des Berdjanskischen Kreises Plato-Ogorodnikow, 36 J. alt, an Phthisis. 4) In Roche-Hervé der bekannte französische Chirurg. Dr. Jacques-Gilles Maisonneuve im Alter von 88 Jahren. 5) In Athen der Nestor der griechischen Augenärzte und Professor an der dortigen Universität Dr. Anagnostakis im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte sich zum Augenarzt in Paris und Deutschland ausgebildet.

— Der bisherige Privatdocent der Univertität Königsberg Dr. Münster ist zum ausserordentlichen Professor für Geburtshülfe und Gynäkologie ernannt worden.

— An der Wiener Universität ist am 2. April die 37 jährige Gabriele Freiin Possaner v. Ehrenthal als die erste Frau, die in Oesterreich den Doctorgrad erlangt hat, zum Doctor der Medicin promovirt worden.

— Die ärztliche Leitung der bekannten Heilanstalt des vor einigen Jahren verstorbenen Dr. Preller in Ilmenau (Thüringen) hat der als Neurolog bekannte Dr. Wichmann aus Braunschweig übernommen.

— Im Bade Ems sind unter den dortigen Aerzten in letzterer Zeit verschiedene Veränderungen eingetreten: die Badeärzte Dr. Flothmann und Dr. v. Ibell sind gestorben, Sanitätsrath Dr. Goltz hat sich zurückgezogen und ist nach Barmen übergesiedelt, Dr. Händel hat Ems verlassen. Niedergelassen haben sich neuerdings die jüngeren Aerzte Müller, Voigt und Geisse jun. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Vom Moskauer Damencomité des Russischen «Rothen Kreuzes» ist eine Sanitätsabtheilung ausgerüstet worden, welche sich in diesen Tagen auf den Kriegschauplatz in Griechenland begiebt. Dieselbe besteht aus den Aerzten J. J. Lang, S. Pyschkow, Beresowski, Spassokukozki und Alexinski, zwei Sanitaren und 10 barmherzigen Schwestern und ist mit chirurgischen Instrumenten, Verbandzeug, Medicamenten etc. reichlich versehen.

— In das neugewählte österreichsche Abgeordnetenhaus sind neun Doctoren der Medicin gewählt worden, von denen aber nur 7 als Aerzte verzeichnet sind. Im Herrenhause ist der ärztliche Stand durch die Professoren Albert, Ludwig und Freiherr v. Widerhofer vertraten.

— Der VII. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie findet vom 9–11. Juni n. St. in Leipzig unter dem Vorsitz Prof. Zweifel's statt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. April d. J. 7254 (26 mehr als in d. Vorw.), darunter 544 Typhus — (30 wen.), 690 Syphilis — (40 wen.), 188 Scharlach — (1 wen.), 76 Diphtherie — (2 wen., 135 Masern — (4 wen.) und 33 Pockenkranke — (2 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. April 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
458	347	805	155	98	138	19	19	26	70	68	71	50	49	28	12	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 44, Scharlach 20, Diphtherie 38. Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 32. Erysipelas 0. Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 1. Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1. Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0. Puerperalfieber 1. Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 22. Lebensschwäche und Atrophia infantum 52. Marasmus senilis 24. Krankheiten des Verdauungscanals 77, Todtgeborene 20.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. April 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 5. Mai 1897.

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Peterburg, Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Fock, L., Versuch einer rationellen Behandlung des Kropfes (Struma). Mit 14 Abbild. 1897, Rbl. 0.55.

Fuchs, E., Manuel d'ophthalmologie. Ed. II ème, traduite par la V-ème éd. allemande. 1897, Rbl. 11.25.

Gautier, A., Leçons de chimie biologique. Ed. II-ème. Avec 110 fig. 1897, Rbl. 8.10.

Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1897. Heft 2. Rbl. 1.65.

Jahrbuch der praktischen Medicin, herausgeg. von J. Schwalbe. Jahrgang 1897, Heft 3. 1897, Rbl. 1.65.

Kelber, E., Tübinger Recept-Taschenbuch. 1897, Rbl. 1.30.

Koch, R., Ueber neue Tuberkulinpräparate. 1897, Rbl. 0.50.

Kraepelin, E., Zur Ueberbürdungsfrage. 1898, Rbl. 0.40.

Kussmaul u. Hoen, Der Sanitäts-Dienst im Kriege. Heft 1. Mit 2 Karten und 6 Skizzen. 1877, Rbl. 2.20.

Laker, C., Die Anwendung der Massage bei den Erkrankungen d. Athmungsorgane. Mit 32 Abbild. 1897, Rbl. 0.85.

Le Dentu et Delbert, Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome IV: Nerfs, artères, veines, lymphatiques, grane, rachis et moelle Avec 101 fig. 1897, Rbl. 5.40.

— Traite de chirurgie clinique et opératoire. Tome V: Oeil, oreilles, nez, grane et face, tumeurs congénitales et malformations machoires. Avec 241 fig. 1897, Rbl. 5.40.

Legry, Les cirrhoses alcoholiques du foie. 1897, Rbl. 1.60.

Liebreich, O., Encyclopädie der Therapie. Bd. II, Abth. I. 1897, Rbl. 4.40.

Lyon, G, Traité élémentaire de clinique thérapeutique. Ed. II-ème. 1897, Rbl. 6.75.

Martius, F., Achylia gastrica, ihre Ursachen und ihre Folgen. Mit 6 Abbild. u. 1 Tafel. 1897, Rbl. 2.75.

Metschnikoff, E, Immunität (Weyl, Handbuch der Hygiene. Lfg. 32). 1897, Rbl. 1.10.

Mittheilungen aus dem Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Bd. I. Heft 1. 1897, Rbl. 2.20.

Neisser, A., Stereoscopischer Medicinischer Atlas. Lfg. 18 (Chirurgie, V. Folge). 1897, Rbl. 2.20.

Ranschburg u. Hajós, Psychologie des hysterischen Geisteszustandes. Mit 3 Abbildungen. 1897, Rbl. 1 40.

Robin, A., Traité de thérapeutique appliquée. Specialités: Traitement des maladies de la peau. Deux parties. Avec 4 fig. 1897. Rbl. 7.20.

Schön, Ueber Tropen-Hygiene. 1897, Rbl. 0.35.

Spengler, C., Ueber Tuberculin-Behandlung. 1897, Rbl. 0.45.

Ungauer, L., Les accidents des sérothérapies (Etiologie et prophylaxie). 1897, Rbl. 1.35.

Vierordt, H, Kurzer Abriss der Percussion und Auskultation. V, Auflage. 1897, Rbl. 1.00.

— Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. V. Aufl. Mit 194 Abbildungen. 1897, Rbl. 7.70.

Voges, O. Der Kampf gegen die Tuberkulose des Rindviehs. 1897, Rbl. 1.10.

Dieser Nr. liegt ein Prospect über «**Baas, J. H., Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der med. Wissenschaft**» bei.

Дозв. ценз. Спб. 26 Апрѣля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 3. (15.) Mai **1897**

Neunter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird **in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c.** stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Balneotherapeutische Skizzen aus Arensburg a/Oesel.

Von
Victor Schulz.
Volontairassistent am «Alexandra-Stift für Frauen» in St. Petersburg und Badearzt in Arensburg.

Die Literatur über die Arensburger Schlammbäder und die Insel Oesel in medicinischer Hinsicht ist nicht gross[1]) und was man in derselben findet genügt zum grössten Theil lange nicht mehr den modernen Anforderungen der Wissenschaft.

Auch sind einerseits die wenigen Publicationen im Buchhandel ziemlich vergriffen, andererseits in den verschiedenen einheimischen, medicinischen Zeitschriften verstreut und nur mit grosser Mühe dem Einzelnen zugänglich, so dass, sowohl von Seiten des Publikums als auch von Seiten vieler Collegen, die sich über die balneotherapeutische Anwendungs- und Wirkungsweise der Schlammbäder informiren wollten, häufig an uns diesbezügliche Bitten, Wünsche und Anfragen um Aufklärung gerichtet wurden.

Wenn ich es daher gewagt in nachstehenden Skizzen (die Constitutionsanomalien und Frauenkrankheiten umfassend) den Herrn Collegen einen kleinen Einblick in die Anwendungs- und Wirkungsweise, ferner einige Indicationen und Contraindicationen der Schlammbäder zu entwerfen, so liegt meinerseits nur das Bestreben vor den geäusserten Wünschen zum Theil nachzukommen.

Da nur vereinzelte wissenschaftlich begründete Wirkungen der Schlammbäder aus Arensburg vorliegen, ferner nur in vereinzelten Fällen vergleichende Beobachtungen über andere Kuren gemacht werden können und man oft ausser Stande ist das weitere Schicksal der Patienten zu verfolgen resp. den Enderfolg der Behandlung zu erfahren, so ist es nicht ganz leicht für Arensburg und seine Schlammbäder in festen, sicheren Zügen die Grenzen der Indicationen und Contraindicationen zu entwerfen. — Ich habe mich daher fürs erste [2]) in diesen Skizzen nur auf jene oben genannten Krankheitsgruppen beschränkt und die Wirkungsweise, Anwendungsweise, Indicationen und Contraindicationen der Schlammbäder zum Gegenstande der Besprechung gemacht, wie sie seit Jahrzehnten in Arensburg von der Empirie geleitet zur Anwendung kommen. — Ich habe mich hierbei bemüht bei streng objectiver Beurtheilung nur solche balneotherapeutische Massnahmen, die sich bewährt haben, mit einigen theoretischen Bemerkungen zu versehen und zu stützen und

[1]) von Luce. Dr. J. W. L. Topographische Nachrichten von der Insel Oesel in medicinischer und oeconomischer Hinsicht. Riga 1823.
А. Кашинъ. Островъ Эзель и Аренсбургскія морскія купанья. С.-П-бургъ. 1853.
v. Harten. Die Bäder zu Arensburg. Insel Oesel. Arensburg. 1872 (15 Seiten.)
Мержеевскій В. О. Аренсбургъ на островѣ Эзель. Цѣлебная морская грязь. — Отдѣльный оттискъ статьи «Сборникъ» издаваемаго медиц. департаментомъ. Томъ I. 1877. СПБ.
Мержеевскій. Б. О. Аренсбургъ. Листокъ русскихъ минеральныхъ водъ. 1844.
Mershejewsky. Der Einfluss der Arensburger Moorbäder auf die Körpermetamorphose. St. Petersb. med. Wochenschrift 1885 Nr. 17 u. 18.
Holzmayer. J. B. Das Bad Arensburg auf der Insel Oesel. Rathgeber für Kurgäste 1880.
Плавинскій. Аренсбургъ и его цѣлебныя грязи. 1896. Справочная книга для лечащихся. und einige Andere.

[2]) Meine physiologischen Messungen und Stoffwechseluntersuchungen an gesunden und kranken Badenden, sind noch nicht so weit gediehen, dass ich bereits auf deren Ergebnisse mich stützen dürfte.

durch geeignete kurze Krankengeschichten eigener Beobachtung zu illustriren.

Bevor ich jedoch auf die specielle Behandlung der erwähnten Krankheitsgruppen näher eingehe, dürften einige allgemeine Angaben über die Verabreichung der Schlammbäder gerechtfertigt sein.

Seit vielen Jahren hat sich in Arensburg die Gewohnheit eingebürgert auf eine Seewasserwanne mittlerer Grösse (etwa 0,43—0,45 cbm. oder 14—16 Kubikfuss Rauminhalt) 1 bis 8, maximum 10—12 Eimer (1 Eimer enthält ungefähr 8—10 Liter) Badeschlamm zu ordiniren und diese Bäder je nach ihrem Schlammgehalt in dünne (1—3 Eimer) mittelconsistente (4—6 Eimer) und consistente (7—10—12 Eimer) einzutheilen. Hierbei herrscht die allgemeine Anschauung, dass es bedenklich wäre consistentere Bäder (also mehr wie 10—12 Eimer Schlamm pro balneo) zu verabreichen.

Obgleich wir für Arensburg — zur Widerlegung dieser Anschauung — bis jetzt noch keinen auf physiologischen Messungen basirenden Gegenbeweis beibringen können, so genügt unserer Ansicht nach schon ein Blick auf die Schlammbadeverordnungen im Süden Russlands und der Krim[3]) und ein Blik auf die Moorbadverordnungen im Auslande[4]) um die Unhaltbarkeit dieser Anschauung zu illustriren. Auch kommt Ratschinski[5]) auf Grund seiner physiologischen Messungen an Schlammbadenden in Hapsal (Consistenz der Bäder: 8 Eimer, Temperatur 28° R.), wo auch dieselbe Anschauung bei der Bäderordination vertreten wurde, zum selben Schluss.

Vergleichen wir z. B. die sogenannten consistenten Bäder (12 Eimer Schlamm = 120 Kilogramm) in Arensburg mit den dünnsten Moorbädern in Franzensbad (= 135 Kilogr. Moor.[6]), so müssen wir eingestehen, dass der Consistenzgrad der Arensburger Schlammbäder noch geringer ist.

Trotz dieses scheinbaren Vorwurfs sind wir weit entfernt den Arensburger Schlammbädern ihres geringen Consistenzgrades wegen eine Wirkung abzusprechen. Unsere eigenen und die mit ihnen durch Jahrzehnte hindurch von anderen Aerzten erzielten Erfolge beweisen eine Wirkung hinlänglich. Auch hat dieser verhältnissmässig geringe Consistenzgrad, unserer Ansicht nach, noch einen gleich zu besprechenden Vorzug, nur meinen wir, damit nicht ein grosser Schematismus sich bei der Bäderordination fühlbar mache, dass dort, wo nach den empirisch gewonnenen Principien der Balneotherapie consistente Bäder (d. h. mehr wie 12 Eimer) indicirt sind, auch solche de facto verabreicht werden und ferner — die Ueberzeugung die Oberhand gewinnen möge, dass bei strengem Individualisiren und praeciser Indicationsstellung — Bäder mit über 12 Eimer Schlammgehalt nicht so gefährliche Bäder sind, als man nach der bestehenden Anschauung anzunehmen geneigt ist.

Was nun den soeben erwähnten Vorzug des geringeren Consistenzgrades anbetrifft, so sind wir der Ansicht, dass letzterer einem geschwächten, anaemischen, mit stärkerer Alteration des Nervensystems oder einem mit einem (compensirten) Herzfehler behafteten Organismus es eher möglich macht täglich (oder nahezu täglich) zu baden, als höhere Consistenzgrade. Auch dürfte in Folge der höheren Consistenz der Bäder eine grössere Serie derselben (30 und darüber) auszuschliessen sein. — So sehen wir z. B., dass im Süden Russlands eine Reihe von 12—18 Bädern[7]) schon eine grosse Serie genannt wird, und wissen dass in den Moorbädern des Auslandes die Zahl von 30 Bädern von den Kranken nur selten erreicht resp. vertragen wird.

Die Empirie hat aber gezeigt, dass gerade längere Zeit hindurch genommene Bäder indifferenter Temperaturen und geringer Consistenz, welche die Schweissproduction nicht stark hervorrufen und die Haut nur gering erschlaffen (und zu solchen Bädern müssen wir die Arensburger Schlammbäder rechnen) bis zu einem gewissen Grade die Eigenschaft einer stärkenden Badeform haben; und zwar stärkend, weil sie erstens in Folge ihrer indifferenten Temperaturen in Heymann'schem[8]) Sinne wie ein mildes Narcoticum beruhigend und anaesthesirend aufs Nervensystem einwirken, und zweitens vermöge ihrer physikalisch-chemischen Action bei schwächlichen und elenden Constitutionen ohne vorausgehende Erschlaffung, wie es die consistenten Bäder z. B. im Süden Russlands thun[9]), ein progressives Anwachsen des Körpergewichts zur Folge haben.

Die alte Anschauung, dass es bedenklich wäre mehr wie 10—12 Eimer Schlamm pro balneo zu verabreichen, dürfte sich aus einigen subjectiven Klagen der Badenden gebildet haben. Einzelne schwächliche, anaemische, in der Ernährung stark darniederliegende Kranke mit schlaffer, schwachentwickelter Brust- und Bauchmuskulatur (vornehmlich Frauen und Kinder) empfinden selbst in gutventilirbaren, geräumigen Badezellen zu Anfang der Kur, sowohl im Bade als auch nach demselben, eine gewisse Benommenheit im Kopf, leichten Schwindel und Athembeschwerden und fühlen sich nach dem Bade sehr matt und angegriffen. In früheren Jahren als die Badeeinrichtungen noch recht primitiv, die Zellen eng waren und die Ventilation viel zu wünschen übrig liess, führte man diesen Symptomencomplex auf die Einathmung flüchtiger, aus dem Bade aufsteigender Stoffe (wie Schwefelwasserstoff, Kohlensäure, Kohlenoxyd, Ammoniak und Chlor) zurück und mag ja dieser Symptomencomplex mit dem steigenden Schlammgehalt auch stärker ausgeprägt gewesen sein. Aber trotz geräumiger Zellen und guter Ventilation stösst man auch heutzutage ab und zu auf solche Klagen. — Das darf eben nicht wunderbar erscheinen, denn genau denselben Symptomencomplex finden wir bei schwächlichen Kranken anfangs beim Gebrauche einfacher indifferenter Süsswasser- oder Seebäder. Es dürften diese Erscheinungen wohl hauptsächlich vom ungewohnten Druck des Bademediums auf Brust und Bauch abhängen und auf eine auf reflectorischem Wege vor sich gehende Aenderung des Blutdruckes, der Herzthätigkeit und des Athmungstypus zu beziehen sein. — Hat sich aber der Organismus ans neue Regime, d. h. ans Baden-, gewöhnt, so schwinden alle diese Erscheinungen und sieht man sehr bald die wohlthätigen Folgen des Bädergebrauches.

I. Anomalien des Blutes und des Stoffwechsels.

1. Scrophulose. Wenn wir bei der Besprechung derjenigen Krankheiten, welche durch die Schlammbäder vollkommen geheilt resp. wesentlich gebessert werden, mit den Constitutionsanomalien, insbesondere mit der

3) Мочутковскій. Матеріалы къ изученію врачебной стороны одесскихъ лимановъ см. Труды врачей Одесской городской больницы 1876, и Отчетъ Одесскаго балнеологическаго общества 1881—1883.

Корецкій. Грязелѣченіе. 1888 und viele Andere.

4) Fellner. Neuere Untersuchungen über die Wirkungen der Moorbäder. 1883.

Kisch. Marienbad, seine Umgebung und Heilmittel 1894 pag. 182.

5) Рачинскій. О примѣненіи Гапсальскихъ грязевыхъ ваннъ на основаніи физиолог. данныхъ. Спб. 1890 pag. 16. Отд. оттискъ изъ «Вѣстника Обществ. Гигіены, Судебной у Практическ. Медицины.» Т. VII. К. 2. и 3.

6) Fellner. l. c.

7) Корецкій. l. c. pag. 106.

8) Heymann. Virchow's Archiv. Bd. 50. Heft 11. Derselbe bezieht die allgemeine Beruhigung des Nervensystems auf eine Sistirung der Molecularbewegung in den Nervenendigungen der Haut, welche durch eine auf osmotischem Wege vor sich gehende Imbibition der Nervenendigungen mit ade[illegible]wasser zu Stande kommen soll.

9) Корецкій. l. c. pag. 74.

Scrophulose beginnen, so liegt der Grund hierfür darin, dass gerade die vorzüglichen Heilerfolge bei Scrophulose, nächst dem Rheumatismus, den guten Ruf der Schlammbäder begründet haben.

Bekanntlich hat die Therapie bei scrophulösen Constitutionsanomalien vor allen Dingen die Aufgabe den gesammten Organismus in Angriff zu nehmen, durch Hebung der Ernährung des Individuums (Gewichtszunahme) durch Umstimmung der Leistungsfähigkeit des Blutes und der Nerven, eine Kräftigung der Gesammtconstitution zu erzielen, damit der Körper befähigt werde, mit mehr Widerstand den ihn bedrohenden Kampf gegen die Tuberculose aufzunehmen.

Die moderne Balneotherapie hat die einst viel gerühmten «specifischen» Heilwässer gegen Scrophulose ganz verlassen und misst jetzt die grösste Bedeutung den individualisirenden, methodisch geleiteten Sool-, See- und Schlammbadekuren zu.

Was die Gleichwerthigkeit der ersteren zwei therapeutischen Factoren (Sool- und Seebäder) anlangt «so, schreibt Flechsig[10]», sind die Ansichten bis auf den heutigen Tag getheilt. Es mag zugegeben werden, dass manche Hautausschläge und scrophulöse Augenaffectionen in den Soolbädern schneller und vielleicht auch gründlicher zur Ausheilung gelangen, als in den Seebädern, dagegen scheinen die Erfolge der letzteren, wenn man sie an sich vergleicht, vor denen der Soolbäder einen bedeutenden Vorzug zu haben. Sprechen doch auch die von Brehmer[11]) aufgestellten Procentzahlen (Soolbäder 15—38%; Seebäder 50—78% Heilungen) sehr zu Gunsten der Seebäder». Wenn wir, bezugnehmend auf diese Zahlen, aus den uns vom Sommer 1896 aus Arensburg zur Verfügung stehenden 70 Krankengeschichten scrophulöser Patienten — 54 Fälle d. i. 77% als geheilt[12]) hinzustellen wagen, so müssen wir hinzufügen, dass eigentlich diese Procentzahl auf 51,4% herabgedrückt werden müsste, weil nur 36 Patienten durch einmaligen Kurgebrauch (und 18 bereits — 2 resp. 3 maligen Kurgebrauch) ihre Genesung wiedererlangten. Auch scheint es uns nicht unwichtig darauf hinzuweisen, dass eine vollständige Resorption von Drüsentumoren, eine mehr oder weniger bedeutende Gewichtszunahme, ferner ein blühendes Aussehen der kleinen, vordem recht jämmerlich aussehenden Patienten (d. h. ein deutlich ausgeprägtes Nachlassen der Anaemie resp. Dyscrasie) und ein gutes subjectives Wohlbefinden als einheitliche Richtschnur resp. Massstab bei der Begutachtung des Kurerfolges dienten.

Obgleich unsere Zahlen (51,4—77% Heilungen) noch zu gar keinem Schlusse berechtigen, so ist doch schon eine gewisse Uebereinstimmung mit den von Brehmer für die Seebäder aufgestellten Zahlen nicht abzusprechen und ist jedenfalls dieses Plus in der Wagschale hinsichtlich der See- und Schlammbäder dem Genusse der Seeluft und den klimatischen Verhältnissen der Seebadestation zuzuschreiben. Eine gute, reine, Sauerstoff- resp. ozonreiche Luft gehört zu den ersten Bedingungen der Kur und «stellen beide Momente, Seeluft und Seebäder (resp. Schlammbäder[13]) das Ideal einer den Stoffwechsel mächtig fördernden Badekur dar (Braun[14])».

Vielfach wird noch der Seeluft, obwohl sie nächst den Bädern mit den wichtigsten Theil der Kurmittel ausmacht, eine Einwirkung abgesprochen oder diese ganz unterschätzt; auch sind nicht Wenige der Ansicht, dass der Aufenthalt an der See gleichzusetzen sei irgend einem beliebigen Landaufenthalt oder einer Sommerfrische ausserhalb der grossen Städte.

Wenn wir auch über die Einwirkungen der Ostseeluft auf den Organismus keine specielle, wissenschaftliche Untersuchung aus den Badeorten der Ostseeprovinzen haben, welche unverkennbare, zahlenmässig nachweisbare Veränderungen beibringt, wie die Friedrich'sche[15]) Arbeit über die Seeluft der Nordseekurorte, speciell die der Nordseeinseln, so ist dennoch eine Einwirkung nicht zu leugnen. Letztere documentirt sich an nicht badenden Kurgästen in einer gewissen Verlangsamung und Kräftigung der Herzthätigkeit, Vertiefung der Respiration, Verminderung der Hautausdünstung, vermehrter Harnabsonderung, Beruhigung des Nervensystems und einer grossen Neigung zum Schlaf. — Wirkungen, die zur Kräftigung der Constitution, Hebung der Ernährung, zur Beseitigung mancher Störungen entschieden beitragen, und welche auf die Seeluft bezogen werden müssen, da man sie an anderen Orten nicht zu Stande kommen sieht.

Gehen wir einwenig mehr auf die specielle Symptomatologie der Scrophulose ein, so ist vor allen Dingen, als Wirkung der Schlammbäder und der gleichzeitig angewandten heissen Schlammcataplasmen[16]), ein auffallendes Kleinerwerden und bei wiederholten derartigen Kuren ein vollständiges Schwinden grosser und selbst sehr ausgebreiteter Drüsenpakete und Drüsentumoren bemerkbar. Liegen Fisteln scrophulöser resp. tuberculöser Drüsen (Lymphadenitis caseosa) mit mangelhafter Heilungstendenz vor, mögen jene nun spontan entstanden oder nach chirurgischen Eingriffen zurückgeblieben sein, so kann man die Beobachtung machen, dass in vielen Fällen sich diese Fisteln unter den heissen Schlammcataplasmen binnen wenigen Tagen reinigen, kleiner werden und in einigen Wochen ausheilen, unter Hinterlassung von nur wenig auffallenden Narben.

Die scrophulösen Entzündungen der Schleimhäute, sowie die schwereren Erkrankungen wie Coryza, Augenaffectionen und Mittelohrentzündungen werden durch den Bädergebrauch sehr bald gebessert und zuweilen nach einmaligen, entschieden aber nach wiederholten Kuren geheilt.

Besonders erwähnen möchten wir noch der guten Heilerfolge, die mit den Schlammbädern erreicht werden bei scrophulösen Eczemen und dem sogenannten Scrophuloderma. (cf. z. B. cas. 2.)

Was nun die scrophulösen resp. tuberculösen Gelenk- und Knochenaffectionen anbetrifft, seien es nun operirte, seien es unoperirte Fälle, so eignen sich alle chronischen Formen ganz ausgezeichnet zur Schlammbadbehandlung. Im Laufe des Bädergebrauches tritt Resorption selbst sehr bedeutender Schwellungen und Schmerzlosigkeit ein und viele Kranke können nach einer Schlammbadekur wesentlich gebessert ihre Gliedmassen gebrauchen.

Es scheint uns nicht unwichtig hier zu betonen, dass «frische» tuberculöse Erkrankungen, bei denen womöglich noch Temperatursteigerungen, sehr grosse Schmerzhaftigkeit, starke Röthung und Schwellung vorliegen, desgleichen erst kürzlich operirte Fälle — keine Kurobjekte sind. Denn die Erfahrung hat gelehrt (und allsommerlich läuft, trotz strenger Controlle bei der Bäderverabreichung und praeciser Indicationsstellung,

[10]) Flechsig: Handbuch der Balneotherapie. Berlin, 1892. S. 155.

[11]) Brehmer. 11. schlesische Bädertag. Reinerz 1883. S. 10. citirt nach Flechsig.

[12]) 70 Fälle Scropulose: 54 genesen; 14 gebessert; 2 ohne Besserung.

[13]) W. O. Mierzejewski. St. Petersburg. med. Wochensch. 1885. Nr. 17 und 18. Der Einfluss der Arensburger Moorbäder auf die Körpermetamorphose.

[14]) Braun. Balneotherapie. Berlin. 1880. S. 225.

[15]) Friedrich. Die Nordseekurorte in Eulenburgs Real-Encyclopädie.

[16]) Zu den Schlammcataplasmen resp. den «Schlammsäcken» wird heisser Schlamm von der dicksten Consistenz verwandt.

ein Fall mit unter, durch welchen man die gemachte Erfahrung, aufs Neue bestätigen kann), dass bei sogenannten «frischen» Fällen die Schlammbäder, statt beruhigend, kräftigend und resorbirend zu wirken, — reizen und den Zustand nur verschlimmern. Die Schmerzen werden in den tuberculös erkrankten Knochen und Gelenken sehr hochgradig, rauben den Patienten jeglichen Schlaf, Schwellung und Röthung nehmen zu, stellenweise in der Peripherie der erkrankten Theile kommt es zur Fluctuation resp. Durchbruch von Eiter. Statt der Hebung des Allgemeinbefindens und der Ernährung, fangen die Kranken an hoch zu fiebern, werden elend und magern ab.

Zur Illustration der Heilungserfolge bei Scrophulose mögen hier einige Krankengeschichten folgen:

Cas. 1 (Journal d. Ferienkolonie). Scrophulöses, anämisches, schwächlich constituirtes Mädchen von 11 Jahren: Gewicht $60^1/_2$ Pfund. — Zahlreiche Lymphdrüsenschwellungen und -Knoten am Halse und Nacken von mittelharter Consistenz, einige von ihnen bis zu Taubeneigrösse; Coryza. An beiden Augen starke Lichtscheu und mehrere Randphlyctaenen. Eczem um die Nasenöffnungen und Mundwinkel. Lungen gesund.
22. Mai 1896. Ordination: 36 Schlammbäder (bis 5 Eimer Schlamm) von 28° R. Schlammcataplasmen um den Hals 30—34° R.

29. Mai. Lichtscheu geringer. Die Phlyctaenen stärker vascularisirt. Unbedeutende schleimig-eitrige Secretion der Lidspalte (Borsäurewaschungen).

14. Juni. Lichtscheu geschwunden. Deutlich ausgeprägter Randsaum auf beiden Augen. Die Trübungen der Cornealränder werden kleiner.

2. Juli. Entlassungsbefund. Gewicht $70^1/_2$ Pfund. Lymphdrüsenschwellungen vollständig gewichen. Das linke Auge ganz gesund; rechts — bis auf eine stärker vascularisirte Stelle am linken Cornealrande nichts Abnormes zu bemerken. Die Gesichtseczeme abgeheilt, kein Schnupfen. Anämie wesentlich besser.

Cas. 2. (Journal der Ferienkolonie). Kräftig gebautes, wohlaussehendes Kind von 4 Jahren. Am Kinn hat Patientin eine etwa Silberrubelgrosse lupöse Flechte, mit dickem, im übrigen trockenen nur an den Rändern secernirendem, gelblichgrünlichem Schorf. Rundherum frische, rothe, knötchenförmige (dem Lupus sehr ähnliche) Eruptionen von serpiginöser Anordnung. Aehnliche borkige Affectionen von geringerer Ausdehnung auf Nase und Wangen, ferner auf den letzteren stellenweise kleine, dicht bei einander stehende, blassrothe über die Hautoberfläche nur wenig prominirende Knötchen. Auf dem Rücken, Brust und Bauch gleichfalls dickborkige Affectionen von flechtenhafter Natur. Bedeutende Schwellung der submentalen und submandibularen Lymphdrüsen. Gewicht $37^1/_2$ Pfund.

22. Mai. Ordination. 30 Schlammbäder bis 5 Eimer Schlamm von 28° R.

2. August Entlassungsbefund. Gewicht $37^1/_2$ Pfund. Von den Eczemen im Gesicht und am Körper ist nichts nachzuweisen, nur ganz geringe, kaum wahrnehmbare, weissliche Narben verrathen den früheren Sitz der Affectionen. Keine Lymph- drüsenschwellungen.

Cas. 3. (Ferienkoloniejournal). Anämisches, gracil gebautes Mädchen von 13 Jahren. Gewicht 81 Pfund. Patientin seit September 1895 krank. Nach einem Fall — distorsio pedis dextr. mit andauernden, heftigen Schmerzen. Im November wegen Fungus tarsi operirt.

Status. Artic. tibio-tarsalis stark geschwollen, auf leichten Druck sehr empfindlich.

Nach innen eine 5 cm. lange, 2 cm. breite träg granulirende Operationswunde, nach aussen eine frische Operationsnarbe. Auftreten schmerzhaft.

22. Mai. Ordination. 36 Schlammbäder bis 5 Eimer Schlamm. Schlammcataplasmen von 32—34° R. auf das befallene Fussgelenk.

2. August. Entlassungsbefund: Gewicht 91 Pfund. Schwellung gewichen. Obgleich das Gelenk scheinbar bedeutend dicker zu sein scheint, als links, beträgt Differenz nur $1^1/_2$ cm. Ankylose. Von der granulirenden Operationswunde nur eine 3 mm. breite, flache Fistel nachgeblieben. Allgemeinbefinden vorzüglich, Anämie gewichen.

Cas. 4. (Ferienkoloniejournal) Schwächlich aussehendes, stark anämisches Mädchen von 14 Jahren. Gewicht $90^1/_2$ Pfund. Klagen über beständige Schmerzen im Knie und leicht eintretende Ermüdung beim Gehen. Pat. wegen Osteomyelitis condyl. ext. femoris im Winter 1895 operirt. — 7 cm. lange frische Operationsnarbe. — Ordination:

22. Mai 1896. 30 Schlammbäder bis 5 Eimer Schlamm von 28° R. später kalte Seebäder.

2. August. Entlassungsbefund. Gewicht 108 Pfund (Gewichtszunahme $17^1/_2$). Seit 4 Wochen keine Schmerzen im Knie; macht grosse Fusstouren ohne zu ermüden. Pat. stark gewachsen, wohl aussehend; keine Anämie.

2. Anaemie. Im Anschluss an die Scrophulose müssen wir weiter von den Blut- und Stoffwechselanomalien, soweit sie Beziehungen zu den Schlammbädern haben, das grosse Heer der Anaemien erwähnen.

Bekanntlich tritt bei Anaemischen resp. Chlorotischen, je nach dem Grade der sogenannten «Oligocythaemie» des Blutes, wegen mangelhafter Sauerstoffzufuhr zu den lebenswichtigen Organen, eine mehr oder weniger ausgesprochene Abschwächung der normalen Innervationsvorgänge im Körper zu Tage, und documentirt sich diese Abschwächung, klinisch betrachtet[17], 1) in allgemeinen motorischen Schwächezuständen, wie verhältnissmässig rasches Ermüden der willkürlich innervirten Muskeln und Mattigkeitsgefühl, — 2) auf sensoriellem und psychischem Gebiete — in sich allgemein geltend machender geistigen Mattigkeit, Denkträgheit, Müdigkeit und Schläfrigkeit, und 3) in einer anormalen Drüsenthätigkeit der Verdauungsorgane und gewissen Reizzuständen des Nervensystems (wie Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, Aufstossen, Erbrechen, anaemischer Kopfschmerz).

Dass bei so einer Alteration im anaemischen Organismus die blasse, wegen Mangel an sauerstoffhaltigem Blute ungenügend ernährte Haut mit ihren Hauptfunctionen — wie Hautathmung[18]), Drüsenthätigkeit und Wärmeregulation an der Abschwächung der normalen Innervationsvorgänge im Körper participiren wird, ist einleuchtend. Auch wäre die Sprödigkeit und Trockenheit der Haut, das oft von den Kranken angegebene Frösteln, selbst in warmen Stuben, die ausgesprochene Empfindlichkeit gegen Temperaturwechsel und die grosse Neigung zu Erkältungen, wohl nicht gut möglich auf etwas anderes, als auf eine mangelhafte Innervation und Drüsenthätigkeit der Haut zu beziehen.

Wenn von Seiten der Kliniker jedoch eine grössere practische Wichtigkeit, weniger der darniederliegenden Thätigkeit des Nervensystems und der vielfachen Functionen der Haut bei Anaemischen, als der anormalen Drüsenthätigkeit und den Reizzuständen des Nervensystems beigelegt wird, so hat das im Allgemeinen seine Richtigkeit, erlangt aber im Hinblick auf balneotherapeutische Massnahmen, welche gleichsam ein Unterstützungsmoment für die medicamentöse Behandlung abgeben, eine nicht allzugering zu veranschlagende Bedeutung.

Es sei hier noch kurz bemerkt, dass sich, in Bezug auf oben genannte «Reizzustände des Nervensystems» bei Anaemischen, allmählich die Anschauung Bahn bricht, das diese Reizzustände wahrscheinlich nicht unmittelbar mit der geringen Anzahl der rothen Blutkörperchen in Zusammenhang zu bringen wären, sondern auf einem Reiz gewisser Nervengebiete (resp. cerebraler Abschnitte) durch «abnorme, unvollständig oxydirte(?)» (Strümpell[19]), im Blute kreisende und sich dem Organismus gegenüber toxisch verhaltende Stoffwechselproducte zu beruhen scheinen.

Diese klinischen Streiflichter dürften, um Wiederholungen zu vermeiden und zum Verständniss der folgenden Ausführungen genügen.

Von Alters her hat bei der Blutarmuth die Erfahrung gelehrt, dass der innerliche Gebrauch des Eisens (sei es

[17]) Vergl. Strümpell. Spec. Path. u. Therap. 1892. VII. Aufl. Bd. II, pag. 197 ff.

[18]) Der gesunde Mensch erleidet durch die Haut, — die das respiratorische Organ in den feuchten und reich mit Blutgefässen versehenen Knäueldrüsen enthält, — einen 24-stündigen Gewichtsverlust = $^1/_{67}$ seines gesammten Körpergewichts, welcher noch einmal so gross ist, als der Verlust durch die Lungen, oder sich zu letzterem wie 2:3 verhält. — Landois, Physiologie 1891, VII. Aufl., S. 250.

[19]) Strümpell l. c. pag. 198.

nun in Gestalt von Eisenquellen, sei es in Form eines Eisenpräparates) die dankenswertheste Therapie zur Bekämpfung dieser Krankheit ist. — Es ist ja nicht zu leugnen, dass man bei so einer Behandlung manchmal sehr gute Erfolge zu verzeichnen hat, namentlich, wenn man mit dem Eisengebrauch einen längeren Aufenthalt auf dem Lande, im Gebirge oder an der See verbindet. Aber bekanntlich giebt es gar nicht so sehr selten Anaemien und Chlorosen, die viel hartnäckiger sind, allen üblichen Behandlungsmethoden widerstehen und häufig Rückfälle zeigen, und bei denen man den Eindruck gewinnt, dass sie neben der medicamentösen Therapie noch eines stärkeren Agens bedürfen, um die Neubildung des Blutes nach Kräften zu fördern, den Stoffwechsel zu beleben und die die «Reizzustände des Nervensystems» bedingenden «abnormen, unvollständig oxydirten(?)», sich dem Organismus gegenüber toxisch verhaltenden Stoffwechselproducte zu eliminiren.

Dieses stärkere Agens, dieser die medicamentöse Therapie unterstützende Factor ist uns in der Bäderbehandlung geboten; und sind, unserer Ansicht nach, für solche Formen der Anaemien resp. Chlorosen neben guter Seeluft, zweckentsprechender Ernährung und Eisen die warmen See- und Schlammbäder am Platz.

Wie schon erwähnt, wird nach den Untersuchungen von Heymann[20]) eine locale Imbibition der Unmassen von Nervenendigungen und der oberflächlichen Zellschichten der Haut angenommen. Auch scheint es nicht unwahrscheinlich zu sein, dass das Bademedium mit seinen thermischen, mechanischen und chemischen Qualitäten local die Gefässwände der Haut alterirt und dieselben bis zu einem gewissen physiologischen Maximum zur Verengerung zwingt (Gräupner[21]).

Dass durch solche Erregungen des Gefäss- und Nervenapparates der Haut (wenn dieselben die gesammte Körperoberfläche treffen und fast täglich, durch längere Zeit hindurch, einwirken) das Herzgefässsystem und andere lebenswichtige Organe nicht unbeeinflusst bleiben werden, ist einleuchtend. Werden doch diese die Hautoberfläche treffenden Reize auf dem Reflexwege (reflectorischer Vagusreiz) auf's Herzgefässsystem übertragen und haben sie doch nächst einer Verlangsamung des Herzschlages eine mächtigere und intensivere Herzthätigkeit zur Folge[22]). — Mit der Umstimmung des Nervensystems und der verbesserten Herzthätigkeit geht aber bekanntlich eine bessere Füllung des Gefässsystems, eine lebhaftere Blutversorgung der blutbildenden Organe, eine Steigerung des Stoffwechsels, Hebung der Ernährung und eine regere Eliminirung unbrauchbarer Stoffwechselproducte aus dem Organismus einher. Und so sehen wir denn, dass die meisten Chlorotischen resp. Anaemischen (wir abstrahiren hier die wenigen Fälle, bei denen anfangs der auf pag. 6 beschriebene Symptomencomplex eintritt) gleich im ersten Bade sich wohler, man möchte sagen — erfrischt fühlen und die Wärme des Bades angenehm empfinden.

Auch kann man die Beobachtung machen, dass während einer Badekur nach verhältnissmässig kurzer Zeit eine wesentliche Aufbesserung des Allgemeinbefindens eintritt: Der Appetit hebt sich, die Kräfte nehmen zu, der anaemische Teint schwindet und die lästigen nervösen Symptome lassen nach; namentlich ist das bei sehr reizbaren und zu Aufregungen geneigten Kranken zu constatiren.

Dass die, wie oben auseinandergesetzt, auch an der «Abschwächung der normalen Innervationsvorgänge im Körper» participirende Haut Anaemischer durch eine Schlammbadekur mit ihren mechanischen, thermischen und chemischen Reizen nicht unwesentlich beeinflusst wird, kann man an der Wirkung eines Schlammbades sehen. Die Hautgefässe erweitern sich, die Haut röthet sich lebhaft, wird weich, gedunsen und blutreich, somit besser wärmeleitend (eine anaemische Haut besitzt bekanntlich ein geringeres Wärmeleitungsvermögen[23]). Die Epithelien werden durchfeuchtet, — und nach dem Bade tritt mässiger Schweiss auf.

Dieses belebende, erfrischende, anregende Moment in der Wirkung einer Schlammbadekur (indifferenter Temperaturen) auf einen anaemischen resp chlorotischen Körper drängt uns, einer gewissen Analogie wegen, zur vergleichenden Betrachtung der Wirkungen eines einmaligen, heissen Süsswasserbades auf einen durch Muskelanstrengungen ermüdeten Organismus.

Bekanntlich entsteht im ermüdeten Muskel ein Stoff, dem neuerdings die Wissenschaft bezüglich des motorischen Muskelnerven den Charakter eines Giftes[24]) zugesprochen hat, und ist es bekannt, dass erst durch eine mehrstündige Ruhe, d. h. — eine wieder in normale Bahnen gelenkte Oxydation, Unschädlichmachung und Ausscheidung des Ermüdungsgiftes, — der Muskel resp. der Körper von Neuem die Fähigkeit zur Arbeitsleistung wiedererlangt.

Nach den Untersuchungen und Angaben von Baetz, Topp, Braun u. e. A.[25]) ist es aber erwiesen, dass diese erforderliche, mehrstündige Ruhepause zur Vernichtung und Ausscheidung des Ermüdungsgiftes durch ein heisses Bad abgekürzt wird.

Wenn wir nun die Heisswasserbadewirkung auf einen ermüdeten Organismus und die oben erwähnten belebenden und erfrischenden Wirkungen einer Schlammbadekur bei einem stark anaemischen Körper genauer in's Auge fassen, so kann man sich nicht des Eindruckes erwehren, dass eine gewisse Analogie besteht und dass die Behandlung schwerer Anaemien durch eine Badekur bei gleichzeitigem Eisengebrauch wesentlich abgekürzt wird. Auch macht es den Eindruck, dass jene obengenannten «abnormen, unvollständig oxydirten (?), dem anaemischen Organismus gegenüber sich toxisch verhaltenden Stoffwechselproducte — (ähnlich wie das Muskelgift durch ein einmaliges heisses Bad) durch den Bädergebrauch schneller aufgehoben und ausgeschieden werden als sonst, und die Neubildung des Blutes, in Folge der durch die Bäder bedingten besseren Innervation und Wiederherstellung der mannigfaltigen Functionen der Haut, besseren Herzthätigkeit und Blutversorgung der Organe und Anregung des Stoffwechsels, nach Kräften gefördert wird.

Was nun die Ordination der Bäder bei Chlorotischen resp. Anaemischen anbetrifft, so hat die Erfahrung gelehrt, dass es rathsamer ist den Patienten anfangs entweder warme Seebäder mit einem Zusatz von 1—6 Pfund Seesalz, Fichtennadelbäder oder dünne Schlammbäder von 27—28° R. und nicht über 10 Minuten Badedauer zu verordnen, und erst von der 2. Woche ab den Schlammgehalt allmählich zu steigern. — Das tägliche Baden zu Beginn der Kur, das zu lange Verweilen im

[20]) Heymann l. c.

[21]) Gräupner: Die Balneotherapie der chron. Herzkrankheiten, ihr Mechanismus und ihre Beziehung zur Dynamik des Kreislaufes. (Deutsche med. Wochenschrift, 1896 Nr. 33.)

[22]) Gräupner: l. c.

[23]) Landois l. c. pag. 412.

[24]) Maggiore, Mosso und Wedensky. Letzterer findet, dass das Ermüdungsgift ähnlich lähmend wirkt wie Curare. Es zeigt nicht nur eine ähnliche chemische Baschaffenheit, sondern kann auch tödtliche Folgen erzeugen, wenn seine Fortschaffung gar zu sehr hinter der Anhäufung zurückbleibt. — Citirt nach «Prometheus» (Herausgeber Dr. Otto Witt) 1896.

[25]) Baetz. Congr. f. inn. Med. zu Wiesbaden «Das heisse Bad» 1893.
Topp. Therap. Monatshefte 1894, S. 58.
Braun. l. c. S. 69.

Bade, ferner die consistenteren und höher temperirten Bäder, werden von den Kranken nicht gut vertragen und beantwortet der anaemische Organismus diese Reize sofort mit dem Auftreten eines kürzere oder längere Zeit andauernden, starken Eingenommensein des Kopfes, einem dumpfen Gefühl von Schwere und Druck oder einem bohrenden Schmerz in der Stirn und in den Schläfen, Appetitlosigkeit, Herzklopfen u. s. w.

(Schluss folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Snell: Grundzüge der Irrenpflege für Studirende und Aerzte. Berlin, Georg Reimer, 1897. 126 pag. Preis 2 Mark.

Der Zweck des Buches ergiebt sich aus seinem Vorworte.

Zunächst will es den jungen Psychiater bei der Arbeit in der Irrenanstalt, welche er allmählich im Dienste selbst lernen muss unterstützen, «besonders auch im Anfange ihn davor bewahren, seine Aufgabe zu unterschätzen oder für unlösbar zu halten».

Ferner soll es «dazu dienen, denjenigen Aerzten, welche nie in einer Irrenanstalt beschäftigt waren, einen Begriff davon zu geben, was ungefähr in einem solchen Institut geleistet wird und mit welchen Mitteln dies geschieht».

«Schliesslich ist es auch beabsichtigt, denjenigen Aerzten, welche in die Verlegenheit kommen, Geisteskranke behandeln zu müssen und deren Angehörigen Rathschläge ertheilen zu sollen, ohne sich jemals mit der Behandlung von Geisteskranken befasst zu haben, einen Berather an die Hand zu geben, der sie wenigstens vor den allergröbsten Missgriffen schützen kann».

Der Name des Verfassers war von vornherein Bürgschaft für eine gelungene Lösung der gestellten Aufgabe. Dieses auch nach dem Durchlesen der Arbeit constatiren zu müssen, ist eine angenehme Pflicht des Referenten. Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

620. Sitzung am 18. März 1897.

Vorsitzender Herr Moritz, stellv. Secretär Herr Blessig.

Fortsetzung der Besprechung über den diagnostischen Werth des Roentgen'schen Verfahrens, aus Anlass der am 14. d. M. in der Privat-Heilanstalt des Herrn Horn stattgehabten Demonstration der Roentgenschen Durchleuchtung und Photographie.

Herr Moritz giebt eine Uebersicht über die bisherige Anwendung der Roentgen'schen Strahlen in der inneren Medicin, unter Berufung auf die Publicationen von Grunmag, Kotowschtschikow. Lewy-Dorn, Schott u. A. Besonders erwähnt werden die Befunde bei: stenosirenden Strumen, Spitzenaffectionen der Lungen und Verkalkungen in diesen, Tumoren der Brusthöhle, Emphysem, Asthma (Tiefstand und geringe Excursion des Zwerchfelles), acuter Herzdilatation, Arteriosclerose der Aorta und der peripheren Arterien, Aortenaneurysmen Magendilatation, Gicht-Ablagerungen, Blasensteinen.

Von schädlichen Wirkungen der Roentgen'schen Strahlen sind bisher gelegentlich recht heftige Dermatitis und manchmal auch Ausfallen der Haare an den exponirten Körpertheilen beobachtet worden.

Wenn auch der Werth des Verfahrens für die Chirurgie weit grösser ist als für die innere Medicin, so wird es doch auch dieser gewiss grosse Dienste leisten können, besonders da, wo Percussion und Auscultation kein sicheres Resultat geben. Der zur Durchleuchtung erforderliche Apparat sollte daher in grösseren Krankenhäusern nicht mehr fehlen.

Herr Wanach hält die Anwendung des Verfahrens in klinischen Krankenanstalten, besonders in chirurgischen Kliniken, in Gegenwart der Studirenden insofern für bedenklich, als daraus sehr leicht eine Vernachlässigung der Diagnostik erwachsen könnte. Hier darf die Durchleuchtung nur zur Controlle der auf Grund genauer Untersuchung gestellten Diagnose dienen.

Herr Blessig erinnert an die Analogie der hier erwähnten Dermatitis mit derjenigen, welche durch die Einwirkung offenen electrischen Bogenlichtes hervorgerufen wird. Die letztere Dermatitis soll ihre Entstehung der chemischen Wirkung der ultravioletten Strahlen verdanken, ebenso wie die sog. «Ophthalmia photoelectrica» (Perrier, Arch. d'ophthalm. 1888. Maklakow, Вѣстникъ офталмл 1889.) welche gelegentlich gleichzeitig mit der Dermatitis auftritt.

Als Schutzmittel gegen Dermatitis und Augenentzündung wird beim electrischen Bogenlicht das Bedecken des Gesichtes, der Hände etc. mit durchsichtigem gelbem Stoff, resp. das Vorsetzen gelber Brillengläser empfohlen, welche die schädlichen ultravioletten Strahlen absorbiren. Da auch bei dem Röntgen'schen Verfahren ausser den eigentlichen X-Strahlen vielleicht auch chemisch wirksame ultraviolette Strahlen in Betracht kommen, dürften sich ähnliche Schutzmittel auch hier empfehlen, vorausgesetzt, dass die eigentlichen X-Strahlen dadurch nicht beeinflusst werden.

Herr Petersen schreibt die Dermatitis beim Röntgen-Verfahren gleichfalls der Einwirkung ultravioletter Strahlen zu; einen Beweis dafür sieht er in der Thatsache, dass Hautpartien, welche vorher mit Picrinsäure gelb gefärbt wurden, von der Dermatitis verschont blieben: dasselbe ist bei dem Erythema solare beobachtet worden.

Herr Moritz hält es ebenfalls nicht für wahrscheinlich, dass die eigentlichen X-Strahlen als solche die Dermatitis hervorrufen, da sie ja vom Gewebe durchgelassen werden; an Theilen, welche sie nur durchsetzen, können sie keine Wirkungen ausüben.

Herr Petersen erwähnt, dass die Röntgen'schen Strahlen bereits mit Erfolg zum Zweck der Epilation angewandt wurden. Bei dieser Gelegenheit erinnert P. auch an den Einfluss farbigen Lichtes auf den Verlauf gewisser Hautkrankheiten (rothes Licht bei Pocken blaues Cobaltglas bei Roseola etc.)

(Herr v. Schröder erwähnt nachträglich in der nächsten Sitzung v. 1. April des von Lewkowitsch (London) im Centralblatt s. Augenheilkunde (Januar 1897) beschriebenen Apparates zum Nachweis von Eisensplittern im Auge mittelst der Röntgen'schen Strahlen. Schr. hält den Apparat in seiner bisherigen Gestalt für zu complicirt und die Localisation des Splitters mit Hilfe desselben für schwierig. Das Sideroskop giebt sicherlicher rascher und genauer Auskunft sowohl über die Anwesenheit des Eisensplitters wie auch über seine Lage im Augeninnern, seine Grösse etc.)

621. Sitzung am 1. April 1897.

Vorsitzender Herr Moritz, stellv. Secretair Herr Blessig.

Herr Nissen demonstrirt ein Kind mit multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose.

Der 8-jährige Knabe ist das jüngste Kind von 8 Geschwistern, von denen 6 in frühem Kindesalter gestorben an verschiedenen Kinderkrankheiten. Die Familie ist in neuropathologischer Hinsicht nicht hereditär belastet. Die Eltern frei von Lues, Vater kein Potator.

Mit dem 9. Monat fing Pat. an zu gehen und entwickelte sich normal bis zum 4. Lebensjahr; alsdann machte er Diphtheritis durch, 2 seiner Geschwister starben daran. Nach der Diphtheritis (Weihnachten 1894) mangelhafte Erholung, häufiges Kopfweh, lange Zeit hindurch Erbrechen und seltener Krampfanfälle, — kein Fieber. Zu Ostern desselben Jahres Masern. Erbrechen und Kopfschmerzen hielten, wenn auch seltener, an. Eines Tages fiel er vom Sopha besinnungslos und mit Krämpfen. Für einige Tage blieb undeutliches Sprechen zurück sowie deutliche Schwäche in den Beinen, besonders im linken. Die Schwäche hinderte ihn am Gehen. Das Gehen wurde trotz Behandlung immer schlimmer im Laufe der Jahre 1894, 95 und 96. Erbrechen und Kopfschmerz wurden immer seltener. Blasenstörungen hatten anfänglich bestanden (tropfenweise Urinentleerung) ebenso Obstipationen.

Status praesens. Pat. geistig gut entwickelt, antwortet auf alle Fragen verständnissvoll. Gesichtsmuskeln zeigen keinerlei Lähmung oder Parese. Die Bewegung der Augen nach allen Richtungen frei. Kein Nystagmus. Pupillen von normaler Weite und Reaction auf Licht und bei Accomodation. Blick verständig. Am Augenhintergrunde graue Verfärbung der Papillen, die Grenzen derselben etwas verschwommen. Gefässe des Augenhintergrundes von keiner besonderen Abnormität, zählt Finger auf 10 Schritte (Dr. Kubli). Zunge wird gerade hervorgestreckt, ab und zu mit fibrillären Zuckungen. Die Lippen auffallend schmal (atrophisch) und durch die angrenzenden Muskeln bogenförmig nach oben ausgedehnt, verleihen dem Gesicht einen sarkastisch-lächelnden Ausdruck. Gehör, Geruch und Geschmack normal.

Obere Extremitäten: Keine Muskelatrophien. Motorische Kraft etwas herabgesetzt, namentlich im linken Arm. Keinerlei Spasmen und Contracturen — Bewegungen in allen Gelenken frei. Untere Extremitäten: ebenso keine Atrophien. Die rohe Kraft deutlicher herabgesetzt, besonders links. Spasmen in den Flexoren des Unterschenkels — in Folge dessen starker pes equinus links und ausgleichbarer pes equinus rechts. Die Bewegung im linken Hüftgelenk frei. im linken Kniegelenk weniger frei und im Sprunggelenk beiderseits gehemmt. Sämmtliche Haut- und Sehnenreflexe ausserordentlich erhöht, am Arm wie an den Beinen, besonders links, hier auch Fussklonus. Der Gang war bei kräftiger Unterstützung unter den Armen beim Eintritt des Pat. ins klinische Elisabethhospital ein spastisch paretisch-ataktischer namentlich mit dem linken Bein. Jetzt nach 4 Monaten kann Pat. auch mit Unterstützung garnicht gehen: er sitzt oder liegt. Sensibilität für alle Qualitäten normal.

Blasen- und Mastdarmstörungen wurden nur anfallsweise beobachtet (Incontinentia urinae et alvi) Die elektrische Erregbarkeit der Mm. im allgemeinen normal, links etwas erhöht. Nirgends Entartungsreaction. Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Die beim Patienten noch vorhandene Sprachstörung und das Intentionszittern lässt Vortragender unerörtert, um zunächst schon auf Grundlage der angeführten Symptome verschiedene in Betracht kommende Gehirn- und Rückenmarksaffectionen auszuschliessen.

Von Erkrankungen des Gehirns kämen in Betracht: 1) Die cerebrale Kinderlähmung, sei es im Sinne von Strümpell als acute Encephalitis oder als Hämorrhagie, Embolie etc., — deren Folgezustände: Parese, Spasmen, Contracturen mit mangelnder Atrophie, normaler elektrischer Reaction und erhöhtem Kniereflex etc. dem demonstrirten Fall entsprechen würden. Gegen die cerebrale Kinderlähmung spräche jedoch das Nichtbefallensein des Facialis, die wenn auch ungleich starke beiderseitige Parese der Extremitäten, die graue Atrophie des Sehnerven, sowie vor allem der allmälige Beginn mit monatelangem Erbrechen, Kopfschmerz und sich wiederholenden Krämpfen. Letztere Erscheinungen namentlich könnten.

2) an einen Gehirn- speciell Kleinhirntumor denken lassen besonders im Hinblicke auf die gefundenen Veränderungen des Augenhintergrundes sowie im Hinblick auf die mit der Parese und den Contracturen der unteren Extremitäten verbundene Ataxie, die an Coordinationsstörung beim Gehen (als Kleinhirnaffection) erinnern könnten. Allein gegen einen Kleinhirntumor spricht mit aller Entschiedenheit die nunmehr $3^1/_2$-jährige Dauer der Erkrankung!

Von Rückenmarksaffectionen wäre ohne weiteres auszuschliessen die im Kindesalter häufige Poliomyelitis ant. acuta, die ja allerdings auch Para- und Diplegien macht mit schliesslichen Contracturen, pes equinus Stellung etc., dabei bestehen auch keine Sensibilitätsstörungen, die Blasen- und Mastdarmfunction ist normal. Allein bei der Poliomyelitis ant. ac. hat man es mit plötzlich ausgebildeten nicht progredienten, vielmehr theilweise zurückgehenden Lähmungen zu thun; die in einzelnen Muskelgebieten restirende Lähmung wird von Atrophie gefolgt mit Entartungsreaction, — Aufgehobensein des Patellarreflexes. — Am meisten Aehnlichkeit könnte der demonstrirte Fall auf den ersten Blick mit der spastischen Spinalparalyse haben. Die allmälig progrediente Schwäche der Mm. der unteren Extremitäten Hand in Hand mit zunehmender Rigidität bis zur Contracturenbildung, der spastische Gang, allmäliges Uebergreifen der Erkrankung auf die Arme, sehr erhöhte Sehnenreflexe, Fehlen von Sensibilitätsstörungen sind auch die characteristischen Erkennungszeichen der spastischen Spinalparalyse, sei es, dass dieselbe, wie überhaupt — und namentlich im Kindesalter — selten primär, oder etwa im Gefolge einer z. B. vorausgegangenen Compressionsmyelitis etc. entstanden, für welch' letztere Annahme der Patient bei normal beschaffener Wirbelsäule allerdings keinerlei Anhaltspunkte bietet. Gegen die Diagnose einer spast. Spinalparalyse spricht aber der mit Gehirnerscheinungen combinirte Beginn der Erkrankung (lange anhaltendes Erbrechen, Kopfweh, Convulsionen), die graue Atrophie des Sehnerven, sowie namentlich und in erster Reihe das Vorhandensein von Intentionszittern und scandirender Sprache, die der multiplen Hirn- und Rückenmarkssclerose eigen sind. Das Intentionszittern ist nur ausgesprochen in der linken Hand und theilweise im Rumpf (leichtes Wanken von vorn nach hinten beim Aufrichten). Beim Ergreifen eines Glases Wasser und Zuführen desselben zum Munde geräth der Arm ins Schwanken, so dass das Wasser nach allen Seiten hin ausgeschüttet wird, Zick-Zack und Schüttelbewegung beim Treffen eines Punktes mit dem Zeigefinger der linken Hand etc. Die Sprache ist monoton mit deutlicher Silbentrennung und -Betonung (scandirende Sprache).

Auf Grundlage dieser beiden letztgenannten Symptome allein, soweit sie im vorliegenden Falle ausgesprochen sind, werden eigentlich alle vorher angeführten Affectionen ausgeschlossen — auch die hereditäre Ataxie Friedreich's, die Referent nur noch der Vollständigkeit halber zur Differentialdiagnose heranzieht. Für die hereditäre Ataxie könnte nur die langsam fortschreitende Erkrankung mit dem Uebergang von den unteren auf die oberen Extremitäten, der theilweise ataktische Gang und das Intentionszittern sprechen, falls man dasselbe auch als Ataxie auffassen wollte, ferner das Fehlen von Sensibilitätsstörungen sowie der Umstand, dass bei Kindern die hereditäre Ataxie weit häufiger beobachtet worden ist als die multiple Sclerose. Gegen die hereditäre Ataxie aber spricht das Fehlen von Heredität im Sinne der Belastung mehrerer Geschwister sowie, abgesehen vom Augenbefund, die spastische Lähmung mit Contracturen und das Vorhandensein erhöhter Reflexe, welche bei hereditärer Ataxie (wie bei Tabes dors.) aufgehoben sind.

Trotz der wenigen in der Literatur bisher veröffentlichten Fälle von multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose im Kindesalter (27 Fälle) hat sich N. nicht gescheut diese Diagnose im vorliegenden Falle zu stellen, da mit Ausnahme von Nystagmus (der in 50% der Fälle fehlen kann) sich sonst sämmtliche bei der multiplen Sclerose beschriebenen Symptome am Patienten vorfinden: protrahirter Beginn mit Cerebralerscheinungen (Kopfweh, Erbrechen, Convulsionen); Schwäche der unteren Extremitäten, besonders einseitige, mit Ausbildung von Spasmen und Contracturen; paretisch-spastisch ataktischer Gang; Uebergreifen der Schwäche auf die oberen Extremitäten, Intentionszittern; graue Atrophie des Sehnerven, Ausbildung von Bulbärerscheinungen und scandirende Sprache, Atrophie der Lippen; ferner ausserordentlich erhöhte Reflexe (Fussklonus), Fehlen von Sensibilitätsstörungen, vorübergehende Blasen- und Mastdarmstörung. Progredienter, lang dauernder Verlauf. — Ohne auf die bekannten pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Erkrankung näher einzugehen, führt Vortragender nur an, dass Taylor in der Neuzeit auf Grundlage genauer mikroskopischer Untersuchung an 3 Leichen Erwachsener hinsichtlich der Verbreitung der entzündlichen sclerotischen Herde im Gehirn und Rückenmark sich gegen die bisher stets hervorgehobene besondere Bevorzugung der weissen Substanz ausspricht, weisse und graue Substanz würden regellos betroffen. Uebrigens wiesen auch die Fasern der Cauda equina erhebliche Degeneration auf.

In der Aetiologie der Erkrankung im Kindesalter spielen Infectionskrankheiten eine hervorragende Rolle: Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken. Im vorliegenden Falle ist Diphtherie vorausgegangen, hernach folgten noch Masern.

Auf die Wechselbeziehung zwischen acuten Infectionskrankheiten und der multiplen Sclerose haben besonders Marie und Unger hingewiesen, später Nolda. Unger stellt in seiner Monographie (1887) 19 Fälle bei Kindern zusammen mit 31% mehr oder weniger unmittelbar nach Infectionskrankheiten, Nolda (1891) 7 weitere Fälle mit 87% Erkrankung nach acuten Infectionskrankheiten. Massalongo und Silvestri veröffentlichten 1893 einen Fall im Kindesalter nach schwerer Influenza.

Die Therapie scheint ziemlich aussichtslos zu sein. Den in Rede stehenden Pat. hat N. innerlich mit Jodkalium behandelt und die Wirbelsäule mit constantem (labilem) Strome elektrisirt. Ein Erfolg ist nicht zu verzeichnen gewesen, da der Pat. nach 4 monatlichem Aufenthalte im Hospital entschiedene Verschlimmerung namentlich an den unteren Extremitäten aufweist.

(Autoreferat).

2) Die Herren Lunin und de la Croix berichten über folgenden Fall von Herzruptur: Pat. 54 Jahre alt, hat früher keine Herzbeschwerden gehabt, in letzter Zeit nur manchmal an Schwindel gelitten; das Herz wurde noch vor Kurzem während einer Influenza, welche Pat. durchmachte, gesund befunden. Am Morgen des Todestages leichtes Unbehagen, Obstipation, Ordin.: Ol. Ricini. Um 1 Uhr mittags empfindet Pat. am Schreibtisch sitzend, plötzlich einen Stich in der Herzgegend, danach allgemeines Krankheitsgefühl, ausstrahlende schmerzhafte Sensationen in der Herzgegend und im linken Arm. Puls 120, Herztöne dumpf, keine Geräusche; Leib aufgetrieben. Ordin.: Convallaria. Abends Befinden besser, Druckgefühl in der Herzgegend besteht fort. Ordin.: Calomel. 2 Stunden später Erbrechen, plötzlicher Tod (11 Uhr abends).

Die von Herrn de la Croix ausgeführte Section ergab folgenden Befund am Herzen: Herzbeutel mit meist geronnenem Blute prall angefüllt, durch welches das vergrösserte Herz in beträchtlichem Grade von vorne nach hinten comprimirt erscheint. In der vorderen Wand des linken Ventrikels, hart am Septum Ventriculorum und parallel demselben, eine fast 3 Ctm. lange ziemlich geradlinig verlaufende Ruptur, die etwa 2 Ctm. oberhalb der Herzspitze endet. Die in der Richtungslinie der Ruptur gelegene linke Art. coronaria oberhalb der Ruptur durch Verkalkung hochgradig verengt und ausserdem durch einen frischen rothbraunen adhärenten Thrombus vollständig verschlossen. Hochgradige Dilatation beider Ventrikel. Gesammte Herzmuskulatur schlaff, welk, hochgradig fettig degenerirt. Herzwand an der Rupturstelle leicht ausgebuchtet. Sonst keine Arteriosclerose weiter am Herzen, keine Veränderungen am Endocard, keine chronische Myocarditis. Nur beginnende frische Arteriosclerose der Aorta geringen Grades (Demonstration des Praparates). Der Hergang ist folgendermassen zu denken: Um 1 Uhr Mittags, zur Zeit des Schmerzgefühles im Herzen, bildete sich infolge der durch die Obstipation herabgesetzten Herzthätigkeit die Thrombose in der verkalkten verengten Coronararterie; die wahrscheinlich von der überstandenen Influenza her ohnehin fettig degenerirte, wenig widerstandsfähige Herzwand gab im Bereiche der thrombosirten Arterie schnell dem intracardialen Druck nach, es kam daselbst zu einer acuten aneu-

rysmatischen Erweiterung und erfolgte dann, vielleicht in Folge gesteigerten Druckes beim Erbrechen, die momentan tödtliche Ruptur.

Herr Moritz betont die Seltenheit einer so rasch entstehenden Ruptur und erwähnt in Kürze eines Falles von Ruptur in Folge von myokarditischer Entartung des Herzmuskels nach Thrombose der Coronararterie.

Pat. hatte mehrfach stenokardische Beschwerden gehabt, der Tod erfolgte plötzlich, unter heftigem Schmerz in der Herzgegend und Vernichtungsgefühl. Die Section ergab einen älteren Thrombus in der Coronararterie. An der Rupturstelle war der Herzmuskel degenerirt. Die Degeneration war im Laufe von ca. 14 Tagen zu Stande gekommen. Dieser Hergang ist der gewöhnliche. Es war noch nicht zur Bildung einer bindegewebigen Narbe im Herzmuskel gekommen, letzterer war an der betreffenden Stelle einfach erweicht, zerfallen und es kommt dann um so leichter zur Ruptur.

Herr de la Croix hält die fettige Degeneration für die häufigste Ursache der spontanen Herzruptur, nächstdem die Myokarditis, Herz-Aneurysmen und Herzabscesse. Der hier mitgetheilte Fall und der von Herrn Moritz erwähnte sind beide, jeder in seiner Weise, charakteristisch, ersterer für die fettige, letzterer für die myokarditische Entartung des Herzmuskels.

3. Herr Moritz fragt an, ob Jemand von den Anwesenden bereits Versuche mit den neuen Tuberculin-Präparaten R. Koch's angestellt habe und recapitulirt in aller Kürze seine Erfahrungen mit dem früheren Tuberculin. Von 30 Patienten, welche seit dem Herbst 1890 mit Tuberculin behandelt wurden, sind 25 nicht mehr am Leben. Unter den Ueberlebenden sind 2 Fälle von sehr schwerer Lungentuberculose, welche bereits aufgegeben waren; beide Pat. sind jetzt, nach Ablauf von 5 Jahren so weit gesund, dass sie arbeitsfähig sind.

Herr Anders hat in Schede's Klinik das alte Tuberculin noch viel anwenden sehen, aber in ganz anderer Form als zu Beginn der Tuberculinbehandlung: sehr kleine Dosen, nicht eher gesteigert bis die Reaction ganz ausbleibt.

Ebenso im Krankenhause zu Eppendorf; dort sind ihm unter anderen mehrere mit Tuberculin behandelte Fälle von Peritonealtuberculose als geheilt demonstrirt worden, darunter ein Recidiv nach Laparotomie.

Herr Moritz erinnert sich zweier Fälle von retroperitonealer Drüsen-Tuberculose, die beide unter Tuberculinbehandlung anscheinend ausheilten; der eine von diesen ist aber nachher mit Lungentuberculose wiedergekehrt und gestorben.

Herr Kernig macht darauf aufmerksam, dass bei Peritonealtuberculose fraglos auch spontane Besserung, ja selbst Heilung vorkommt; dieses ist bei der Beurtheilung des operativen Erfolges nicht ausser Acht zu lassen!

Herr Anders giebt die Möglichkeit einer Spontanheilung zu, hält aber auch den Erfolg des operativen Eingriffes für erwiesen; nach einem solchen tritt Besserung und Heilung oft auch dort ein, wo der Zustand sich bis zum Eingriffe fortschreitend verschlimmert hatte. Die vollständige Restitutio ad integrum nach operativem Eingriff konnte in einem der Eppendorfer Fälle bei einer darauffolgenden Bauchoperation constatirt werden.

Vermischtes.

— Die kaukasische medicinische Gesellschaft hat den Moskauer Professor der Pädiatrie, Dr. N. F. Filatow, zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Wie die «Jushno-Russk. med. Gaseta» erfährt, giebt der Professor der med. Propädeutik an der Kiewer Universität, Dr. Theodor Lösch, seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität auf. (Wratsch.)

— Verstorben: 1) Am 23. April in St. Petersburg der ehemalige Chef des Medicinalwesens der Aral-Flottille, Staatsrath Dr. Friedrich Baerent, im Alter von 67 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1851—55 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde trat B. in den Marine-Medicinaldienst und war successiver Ordinator am Marinehospital in Kronstadt, Flottenarzt, 1857—64 Arzt der russisch-amerikanischen Handels-Compagnie in Russisch-Amerika, 1864—67 wieder Flottenarzt und Arzt am Marinehospital in Kronstadt. Im Jahre 1876 wurde er zum Chef des Medicinalwesens der Aral-Flottille und Oberarzt der Aral-Flotteneqnipage ernannt, in welcher Stellung er bis 1882 blieb, um dann zum dritten Mal nach Kronstadt überzusiedeln und dort als älterer Flottenarzt zu fungiren. Im Jahre 1886 nahm er nach mehr als 30-jährigem Dienst seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit in St. Petersburg. 2) In Poltawa der Landschaftsarzt Eugen Mninski, welcher in letzterer Zeit an der psychiatrischen Abtheilung des Poltawaschen Gouv.-Hospitals angestellt war, im 30. Lebensjahre an Phthisis. 3) In Slonim (Gouv. Grodno) Dr. Felix Wassowitsch im Alter von 84 Jahren. Der Verstorbene war einer von den wenigen noch lebenden Schülern der ehemaligen medicinischen Academie in Wilna. 4) In Perm die Aerztin Eugenie Serebrennikow im 41. Lebensjahre. Die Heimgegangene beschäftigte sich vorzugsweise mit der Augenheilkunde.

— Der Academiker Professor Dr. N. Iwanowski, welcher wie wir bereits gemeldet haben, aus dem Lehrkörper der militär-medicinischen Academie ausschied, ist mit Bewilligung des Kriegsministers in seiner bisherigen Function des Präsidenten der academischen Commission zur Verfassung einer Geschichte des 100-jährigen Bestehens der milit.-med. Academie belassen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Universität Greifswald, Dr. Lothar Heidenhain, hat einen Ruf als Director des städtischen Krankenhauses in Worms angenommen und giebt daher seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität auf.

— Der Privatdocent für innere Medicin an der Universität Breslau, Dr. Conrad Alexander, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Der um die Ohrenheilkunde hochverdiente Professor der Wiener Universität Dr. Joseph Gruber begeht im August d. J. seinen 70. Geburtstag. Seine Schüler und Freunde wollen daher auf den am 27. und 28. Juni n. St. stattfindenden otologischen Congresse eine Vorfeier dieses Festes veranstalten. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Dem Privatdocenten der Berliner Universität und Oberarzt der inneren Abtheilung des Charlottenburger städtischen Krankenhauses, Dr. Ernst Grawitz, ist der Professortitel verliehen worden.

— Dr. S. A. Nemirowski hat die Concession zur Eröffnung einer zahnärztlichen Schule in Charkow erhalten. (Nowosti duja—Wr.)

— Auf die von einem früheren Angestellten ausgegangene Anzeige von angeblichen Missbräuchen in der Chersonschen psychiatrischen Heilanstalt ist der Oberarzt derselben Dr. Ginsburg-Schick für die Zeit der angeordneten Untersuchung von seinen Functionen entbunden worden. Es sollen auch mehrere Ordinatoren dieser Heilanstalt mit Beschuldigungen gegen den Oberarzt aufgetreten sein.

— Am 25. April erfolgte in Gegenwart Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna die Einweihung des neuen Hospitalgebäudes bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung. Das unter der Direction des Professors Weljaminow stehende Hospital ist für 40 Kranke, allen neuesten Anforderungen der Wissenschaft entsprechend, eingerichtet und enthält im unteren Stock die unter Dr. Meinhards Leitung stehende chirurgische Abtheilung und im zweiten Stock die von Dr. Krajew geleitete Abtheilung für innere Krankheiten. In einem besondern Anbau befindet sich der Operationssaal mit Sterilisationsapparaten für das Verbandmaterial. Beide Stockwerke sind mit den Büsten Ihrer Majestäten des Kaisers und der Kaiserinnen Maria Feodorowna und Alexandra Feodorowna, sowie der Hochseligen Kaiser Nikolai I, Alexander II., Alexander III., der Kaiserin Maria Alexandrowna und der Gründerin der Gemeinschaft Grossfürstin Helene Pawlowna geschmückt. Auf der Treppe hat die Büste Pirogows, welcher der erste Chirurg in der Gemeinschaft war, Aufstellung gefunden. (Her.)

— Dem Fonds zur Errichtung eines Denkmals für Pasteur in Paris sind beim hiesigen Institut für Experimental-Medicin bereits gegen 8000 Rbl. zugegangen. Die Sammlung wird bis zum 1. Juni d. J. fortgesetzt.

— In London ist auf Initiative einiger Aerzte eine gelehrte «X-Strahlen-Gesellschaft» (X-ray Society) in der Bildung begriffen. Zur Mitgliedschaft sollen auch Nichtärzte zugelassen werden.

— Wie finnländische Zeitungen berichten, ist eine Abtheilung barmherziger Schwestern unter der Leitung Dr. Faltins aus Finnland auf den griechischen Kriegsschauplatz abgereist.

— Massnahmen gegen die Pest. Zu Anfang dieser Woche ist von der Allerhöchst bestätigten Commission zur Verhütung der Einschleppung der Pest wiederum eine Sanitätsabtheilung, bestehend aus 4 Aerzten, 4 Aerztinnen, 4 Studenten und 12 barmherzigen Schwestern nach Persien abgesandt worden. In Persien wird diese Abtheilung in 4 Gruppen sich theilen und an 4 Beobachtungspunkten ihre Thätigkeit eröffnen und zwar in Astara (Oberarzt Tschurilow), Enseli (Arzt Sawrijew), Meschedesser (Arzt Tschurilow) und Aschurad (Arzt Ignatjew). — Bezüglich der Herstellung und des Bezuges des Antipestserums hat die genannte Commission in ihrer

letzten Aprilsitzung beschlossen, dem Präsidenten der Commission anheimzustellen, die Herstellung des Serums in den hierfür genügende Garantie bietenden bacteriologischen Anstalten zu gestatten, falls seitens der obersten Ortsbehörden kein Hinderniss in den Weg gelegt wird. Eine staatliche Subsidie wird diesen Anstalten zu diesem Zweck nicht gewährt. Das Serum darf nur auf gefahrlose Weise, d. h. aus todten Mikroben oder Toxinen und nicht aus lebenden Culturen hergestellt und muss vor dem Gebrauch im Kaiserl. Institut für Experimental-Medicin geprüft werden. Die Commission behält sich auch das Vorzugsrecht für die Erwerbung des Serums behufs Versorgung der seiner am meisten bedürftigen Orte und Anstalten vor. — Was das aus dem Auslande von Privatpersonen verschriebene Serum anbelangt, so ist den Zollämtern die Herausgabe desselben gestattet, falls dasselbe nachweislich in Anstalten hergestellt worden ist, die von der Commission den Zollanstalten bezeichnet werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. April d. J. 7432 (178 mehr als in d. Vorw.), darunter 531 Typhus — (13 wen.), 766 Syphilis — (76 mehr), 164 Scharlach — (24 wen.), 97 Diphtherie — (21 mehr), 131 Masern — (4 wen.) und 33 Pockenkranke — (0 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. April 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
432	347	779	151	81	143	28	10	18	63	66	79	51	43	36	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 39, Scharlach 25, Diphtherie 46, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 2, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 5, Tuberculose anderer Organe 101, Alkoholismus und Delirium tremens 17, Lebensschwäche und Atrophia infantum 3, Marasmus senilis 57, Krankheiten des Verdauungscanals 26, Todtgeborene 26.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. Mai 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 5. Mai 1897.

Die geehrten Herren Collegen, welche den diesjährigen **Aerztetag** in Pernau am 4., 5. und 6 Juni mitzumachen gedenken, bitte ich höfl. mir **bald** davon Mittheilung zu machen. *Dr. Koppe,*
Pernau.

Дозв. ценз. Спб. 3 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 10. (22.) Mai 1897

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Balneotherapeutische Skizzen aus Arensburg a/Oesel.

Von
Victor Schulz.
Volontairassistent am «Alexandra-Stift für Frauen» in St. Petersburg und Badearzt in Arensburg.

(Schluss)

3. Rachitis. Ausser der gegen die Rachitis gerichteten speciellen Therapie wird nach den jetzt allgemein gültigen Anschauungen der Schwerpunkt der Behandlung auf Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes und auf Kräftigung des kindlichen Gesammtorganismus gelegt und spielen hierbei nächst guter Luft, einer zweckentsprechenden Nahrung, — die warmen See-, Schlamm- und Sandbäder eine wichtige Rolle.

Da die Wirkungsweise und der Ordinationsmodus der See- und insbesondere der Schlammbäder bei rachitischen Kindern im Allgemeinen wenig abweicht von dem bereits bei Besprechung der «Scrophulose» und «Anaemie» Gesagten, so verweisen wir, um Wiederholungen zu vermeiden auf jene Abschnitte.

Kleinere Abweichungen in der Ordinationsweise kommen, wie überall, so auch hier vor und sind solche hauptsächlich von den individuellen Verschiedenheiten abhängig.

Was nun die Sandbäder anbetrifft, so war in Arensburg bis jetzt keine Gelegenheit geboten Erfahrungen über diesen Bademodus zu sammeln und vergleichende Beobachtungen mit den Schlammbädern anzustellen. Vom Sommer 1897 dürfte sich aber die Gelegenheit dazu bieten [26]).

Die Vorzüge und die Erfolge, die diese Bäder im Vergleiche zu anderen Badeformen aufweisen, welche gleichen Zwecken dienen, sind zu bekannt, als dass wir näher auf sie einzugehen brauchten [27]).

Nur so viel mag gesagt sein, dass bei sogenannten «frischen» Processen die warmen Sandbäder, verbunden mit einer strengen Regelung der Diät und eventueller orthopädischer Nachhülfe, im Stande sind die rachitischen Processe rasch, sicher und angenehm zu beseitigen, obgleich nie ganz verhütet werden kann, dass geringe Difformitäten zurückbleiben.

4. Harnsaure Diathese (Gicht). Seitdem man durch jahrzehntelange, mühsame Forschungen einen kleinen Einblick in die eigenthümlichen, bei der Gicht bestehenden Veränderungen des Stoffwechsels gewonnen hat und erkannt hat, dass der Hauptsache nach diese Krankheit auf einer Störung des normalen Stoffwechselchemismus und auf einer Veränderung in der Bildung und der Ausscheidung der Harnsäure beruht, wird allenthalben die Bäderbehandlung, mit mehr oder weniger günstigen Erfolgen, nächst der Regelung der Diät, Hautpflege, körperlicher Arbeit, rüstiger Bewegung, Massage und ausgedehnten Trinkkuren alkalischer Wässer, als vornehmstes Rüstzeug der Medicin gegen dieses Leiden in's Treffen geführt.

Wir haben hier nur die Schlammbadekuren, wie sie in Arensburg gegen die verschiedensten Formen der

[26]) In der «Neuen Heil- und Schlammbadeanstalt vormals Dr. med. C. Wiedemann» sind nach dem System Flemming-Sturm die künstlich erwärmbaren Sandbäder, — sogenannte «Sandkastenbäder» — eingerichtet worden und sollen sie vom Sommer 1897 in den Dienst der leidenden Menschheit gestellt werden.

[27]) Vergl. Sturm. Zeitschr. f. med. Chirurg. und Geburtshülfe. 1868, Nr. 4, «Warme Sandbäder».
Derselbe. Correspondenzbl. d. thüring. ärztl. Vereins 1874, Nr. 8.
Flemming. Deutsche Klinik 1868, Nr. 12 u. 14; 1874, Nr. 18.
Derselbe. Wien. med. Wochenschr. 1868.

harnsauren Diathese zur Anwendung kommen, zu erwähnen.

Die dünneren Bäder (3—7 Eimer Schlamm) sind besonders dort am Platz, wo die durch die Harnsäureablagerungen gesetzten Veränderungen und Missstaltungen noch keinen sehr hohen Grad an den Gelenken und Geweben erreicht haben, wo aber infolge anhaltender Schmerzen das gesammte Nervensystem sich in einem krankhaften Reizzustande befindet.

Auch diejenigen Fälle eignen sich zum Gebrauche der mittelconsistenten Bäder, bei denen die nervösen Reizzustände allein vorliegen und bei denen es noch zu keiner gichtischen Ablagerung gekommen ist.

In diesen Stadien der harnsauren Diathese wirken die mittelconsistenten Bäder wie ein mildes Narcoticum — beruhigend und heben die gesunkene Energie des Nervensystems.

Cas. 5. Krankenjournal Nr. 25. Diagnose: Nervöse Form der harnsauren Diathese.

Patientin 59 a. n., eine wohlaussehende, ein wenig corpulente Dame, klagt über eine im Laufe des Winters 95 aufgetretene linksseitige Ischias und über, seit der Zeit fast beständig ziehende Schmerzen in den Händen, Fingern und den Beinen. Auch giebt Pat. an, dass gleichzeitig mit den Schmerzattaquen in den Extremitäten sie an schweren, asthmatischen Beschwerden zu leiden habe, die früher nie bestanden haben und welche nachlassen, wenn sich im Urin ein ziegelmehlartiger Bodensatz einfindet. — Neigung zu Obstipationen; ungenügender Schlaf.

Weder eine «rheumatische» nach irgend eine andere Aetiologie kann für die Ischias ermittelt werden. Objectiv nirgends gichtische Veränderungen oder Tophi. Der Nervus ischiadicus am Foramen ischiadic. druckempfindlich.

Lungen normal, desgleichen Herz- und Lungengrenzen.

Herztöne leise, rein. Im Urin kein Eiweiss.

30. Mai 1896. Ordination. Diät, viel Bewegung, Massage, 2 Glas Vichy täglich. 30 Schlammbäder von 28° R. und bis zu 6 Eimer Schlamm, Schlammcataplasmen an die Füsse von 32° R.

2. August 1896. Patientin als genesen entlassen, da alle Beschwerden gewichen.

Was nun die hartnäckigen, äusserst chronisch verlaufenden, mit bedeutenden Gelenkveränderungen einhergehenden Formen der harnsauren Diathese anbetrifft, so kann man von einer Schlammbadekur, ebensowenig wie von anderen Bädern, erwarten, dass eine Restitutio in integrum eintritt. — In Ermangelung eines «specifischen» Heilfactors gegen solche vorgeschrittene Stadien der Arthritis urica (vielleicht ist ein solcher Heilfactor bereits in der neuerdings nach der Theorie von Edison-Labatut[28]) aufgebrachten Behandlungsmethode gefunden), muss man sich schon zufrieden geben, wenn man den Kranken durch eine Schlammbadekur Erleichterung ihrer Leiden schafft und das Allgemeinbefinden aufbessert. — Wir haben bei solchen vorgeschrittenen Stadien recht gute Erfolge gesehen bei der Verabreichung wärmerer und consistenterer Schlammbäder und der Schlammcataplasmen. Auch dürften sich hier für manche Fälle die erwähnten «Sandbäder» eignen.

Cas. 6. Journal Nr. 21. Patientin, eine 55 Jahre alte, magere anaemische Frau, klagt über — schon seit mehreren Jahren bestehende Schmerzen und Auftreibungen der Hand- und Fussgelenke. An den Händen gichtische Veränderungen der Haut und der Nägel. Die gichtischen Difformitäten an Händen und Füssen sind ungleich gross; von den gleichen Gelenken an den Händen sind unsymmetrische Partien afficirt und macht es bei genauerer Inspection und Palpation den Eindruck, als ob die Ausdehnung der Affectionen an einzelnen Gelenken grösser wären.

Im letzten Winter hat Patientin häufig Gallensteinkoliken gehabt mit consecutivem Icterus. Vor Jahren eine Kur in Carlsbad i/B. ohne wesentlichen Erfolg.

Gelenkrheumatismus wird anamnestisch nicht zugegeben und sollen die Difformitäten an Händen und Füssen ganz allmählich entstanden sein.

An der Mitralis ein schwaches nicht genau qualificirbares Geräusch, sonst Herztöne rein, Herzgrenzen normal, Lungen gesund. — Leber nicht unbedeutend vergrössert, namentlich der linke Leberlappen, und empfindlich. Kein Icterus. Milz normal gross.

27. Mai 1896. Ordination: Diät. Karlsbader Kur. 30 mittelconsistente Schlammbäder mit steigendem Schlammgehalt bis zu 8 Eimern Schlamm von 29—30° R. Schlammcataplasmen von 32—33° R.

3. Juni. Allgemeinbefinden besser. Gelenkschmerzen lassen nach.

1. Juli. Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Leber kleiner und nicht mehr so empfindlich. Keine Schmerzen in Händen und Fussgelenken. Die gichtischen Ablagerungen unverändert.

5. Syphilis. Allsommerlich strömt eine ganz stattliche Anzahl von Patienten mit dieser Krankheit im secundären Stadium in Arensburg zusammen und kehren diese Kranken wesentlich gebessert heim.

Die günstigen Kurerfolge des Schlammbädergebrauches gegen luetische Erkrankungen werden dem Umstand zugeschrieben, dass die Schlammbäder mit ihrem Schwefelwasserstoffgehalt ein gutes Unterstützungsmittel für die Inunctionskur mit Quecksilbersalbe abgeben.

Um den noch vielfach verbreiteten Ansichten entgegenzutreten, erstens dass die Schwefelwasserstoffverbindungen im Schlamm im Verhältniss zu den Schwefelthermen viel zu gering sind, um ihnen eine therapeutische Bedeutung zuzusprechen und zweitens, dass eine Resorption von Schwefelwasserstoff durch die Haut nicht vorkommt, erlauben wir uns folgende Abweichung vom eigentlichen Thema.

Es dürfte als bekannt vorausgesetzt werden, dass im Allgemeinen feste Substanzen, selbst wenn sie in Lösung gebracht sind von einer intacten, mit normalem Fettgehalt in der Epidermis und den Hautporen versehenen Haut durch «einfaches Benetzen» (Bäder) nicht resorbirt werden können; erst wenn volatile, oder den Hauttalg lösende oder die Epidermis corrodirende Substanzen die Hautoberfläche treffen, tritt Resorption ein. — Durch seine Experimente hat aber v. Voit[29]) seiner Zeit für einzelne feste, in einem Vehikel feinvertheilte Substanzen (z. B. Quecksilber) klargestellt, dass sie durch andauerndes kräftiges Einreiben oder richtiger gesagt «Einpressen» — in die Hautporen resp. zwischen die Interstitien der Epidermiszellen gelangen und dort vom Hautdrüsensecret und vom Lymphstrom resorbirt werden können. — Auch ist es Röhrig[30]) gelungen für den in einem Bade absorbirten Schwefelwasserstoff nachzuweisen, dass letzterer ebenfalls von der Haut resorbirt und umgekehrt CO_2 ins Badewasser abgegeben wird.

Wenn wir nun im Hinblick auf diese Untersuchungen den gegen luetische Erkrankungen üblichen Applications- und Ordinationsmodus einer Schlammbadekur objectiv betrachten und neben der specifischen Einwirkung der Schlammbäder auf die Lymphdrüsen (cf. Abschnitt über «Scrophulose»), welche ja bei Luetikern Depots für das Syphilisgift zu bilden scheinen, sowohl die den Organismus stärkende als auch eine den Stoffwechsel anregende Wirkung einer Schlammbadekur mit in Rechnung ziehen, so muss man zugeben, dass diesen Bädern ein Unterstützungsmoment bei der Syphilisbehandlung nicht abgesprochen werden kann.

Mehrfach haben wir bereits die Gelegenheit wahrgenommen auf die thermischen, mechanischen und chemischen Qualitäten eines Schlammbades hinzuweisen. — Wenn wir nun einen, sich der Inunctionskur mit Quecksilbersalbe unterziehenden, Kranken auffordern im warmen Schlammbade nicht stillzusitzen, sondern die Körperoberfläche mit den an feinkörnigen Silikaten, Chlorkalium, kohlensaurem Kalk etc. reichen Badeschlamm einzureiben, so wird man unbedingt zu-

[28]) F. Lewison. Zur Behandlung der Gicht etc. St. Petersburger med. Wochenschrift 1897, Nr. 1 und 2.

[29]) v. Voit citirt nach Landois, S. 568.

[30]) Röhrig ibidem. pag. 569.

geben müssen, dass der mechanische Hautreiz erhöht wird und die Haut, sowohl für das Quecksilber, als auch für den im Bademedium absorbirten Schwefelwasserstoff permeabler wird. Auch wird zugegeben werden müssen, dass das in die Hautporen und zwischen die Interstitien der Epidermiszellen incorporirte Quecksilber, welches sich bekanntlich unter der Einwirkung des Drüsensecretes und des Lymphstromes der Haut in ein leicht resorbirbares Quecksilberchloridchlornatrium umgewandelt hat, durch Zusammentreffen mit dem Schwefelwasserstoff im Bade in eine schwerer lösliche Quecksilbersulfidverbindung übergehen wird.

Dieses scheint uns der theoretisch construirte Beweis zu sein für die empirisch gewonnene Thatsache, dass Luetiker die Inunctionskur mit Quecksilbersalbe bei gleichzeitigem, täglichem Schlammbadgebrauch besser vertragen und nicht so schnell Quecksilbervergiftungserscheinungen bekommen, als ohne solche Bäder. — Auch scheint es, theoretisch gedacht, nicht unmöglich zu sein, dass eine Mobilmachung der in den Lymphdrüsen deponirten Syphilisstoffe stattfindet und das Syphilisgift beim Baden in den stark seesalzhaltigen Schlammbädern (ein Zusatz von 2—6 Pfund Seesalz pro balneo wird immer gemacht) — vermöge des «centrifugalen Secretionsstromes» (E. Vollmer[31]) zum Austritt aus dem Organismus veranlasst wird.

Folgender Krankheitsfall eigener Beobachtung dürfte ein instructives Beispiel für die eben auseinandergesetzten Schlammbadwirkungen abgeben.

Cas. 7. (Krankenjournal Nr. 8). Patient, ein anaemisch aussehender, schwächlich constituirter junger Mann von 26 Jahren, acquirirte im Jahre 1889 Lues. Auf Ordination eines Specialarztes 4 Touren Schmierkur und 16 intramusculäre Injectionen eines Quecksilberpräparates. Nach Beendigung der Kur heftige Stomatitis, Salivationen etc., die den Patienten sehr herunterbrachten. Im Jahre 1893 Recidiv; Luesexanthem, Condylomata lata analia. Die von demselben Specialarzt neuverordnete Schmierkur, muss wegen sofort eingetretener Stomatitis aufgegeben werden. Nach Jodkaligebrauch Besserung. — 1895 heirathet Patient. Im 3. Monat der Ehe abortirt seine Frau und bald darauf zeigt sich bei ihr eine grossfleckige Roseola. — Im Frühjahr 1896 bekommt Patient wieder ein Exanthem und Condylomata lata analia. Er wendet sich an einen anderen «Specialisten», dessen erfolglose Kuren ihn im Mai 1896 nach Arensburg bringen. Status: Mässige Schwellung der Nuchal-, Occipital-, Axillar- und Cubitaldrüsen. Ueber den ganzen Körper verbreitet vereinzelte, an der Haargrenze im Nacken jedoch, ferner in den Ellenbogen- und Handgelenkbeugen einige dichter zusammenstehende, etwa linsengrosse, runde, bräunliche bis rothbräunliche Eruptionen eines Exanthema papulosum. Condylomata lata analia.

23. Mai 1896. Ordination: Schmierkur, wenn möglich 4 Touren. 30 consistentere Schlammbäder (bis 8 Eimer Schlamm) von 29—30° R. Diät. Kali chloric. zum Mundspülen.

26. Juni. Während der 4. Tour eine ganz leichte beginnende Stomatitis. Condylome abgeheilt. Kein Eiweiss im Harn. — Nach 2 Wochen Pause kalte Seebäder.

5. Juli. Patient hat an Gewicht zugenommen und sieht bedeutend wohler aus. Vom Exanthem sind stellenweise nur ganz blasse, kaum wahrnehmbare Pigmentirungen nachgeblieben.

II. Chronische Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

1. Myometritis. Es ist bekannt, dass eine mangelhafte Involution der Gebärmutter in den Wochenbetten, sei es nach einer Geburt sei es nach einem Abort, ferner namentlich infectiöse und Blutkreislauf-Erkrankungen des Endometriums, oder der demselben nächstliegenden Muskelschichten (Metroendometritis), mit die häufigsten ursächlichen Momente für die «chronische Entzündung» der Gebärmutter abgeben.

Wie für die Gynaekotherapie das Stadium der entzündlichen Reizungserscheinungen und Hyperaemie mit Schwellung des Organs im allgemeinen das günstigste zu sein pflegt, so ist es dieses Stadium für die Bäderbehandlung in fast noch höherem Grade, denn die Erfahrungen haben gelehrt, dass die Zahl der günstigen Kurerfolge immer spärlicher ausfällt, je weiter der Krankheitsprocess von diesem Stadium entfernt ist.

Selbstverständlich erfordert dieses Leiden, bevor die Bäderbehandlung in ihr Recht treten darf, eine sachverständige, specialistische Behandlung. Doch wie soeben bemerkt, darf der Zeitpunkt nicht zu weit hinausgeschoben werden.

Die Bäderbehandlung hat wie die specialistische den gleichen Indicationen zu genügen: Der Hyperaemie des Organs möglichst entgegenzuwirken, die reflectorischen Störungen von Seiten des Nervensystems zu beseitigen, die selten fehlende Blutarmuth zu bekämpfen und endlich das Allgemeinbefinden zu heben.

Bei der Erfüllung dieser Indicationen hat sich vor Allem die individualisirende Anwendung der Schlammbäder, verbunden mit der Application von Schlammcataplasmen (30—33° R.) auf den Unterleib, — die sogenannten «Schlammhosen, — und die gleichzeitige Beobachtung einer zweckmässigen körperlich- und psychisch-diätetischen Lebensweise, als erfolgreichste Massnahme bewährt.

Wenn man die mit den Schlammbädern bei der Myometritis erzielten Kurerfolge genauer ins Auge fasst, so gewinnt man den Eindruck, dass diese günstigen Resultate nicht den in den früheren Abschnitten bereits mehrfach erwähnten, Schlammbadwirkungen allein zuzukommen scheinen, sondern dass auch noch andere Momente wirksam sein müssen. — Vielleicht liessen sich diese letzteren gleichfalls (wie Loimann[32]) es den Franzensbader Moorbädern zuweist), in einer localen und einer antimycotischen Wirkung suchen.

Dass man nach einem Schlammbade und speciell nach Benutzung einer «Schlammhose» bei fast allen Frauen Schlamm (ebenso wie Moorbrei nach einem Moorbade (Hamburger[33])) in der Scheide findet, ist in Arensburg eine tägliche Erfahrung und somit dürfte die Annahme einer direct localen physikalisch-chemischen Action des Schlammes ausser Zweifel zu stellen sein.

Was nun die antimycotische Wirkung des Schlammes anbetrifft — (Loimann[34]) bezieht die des Moores auf einen 1—1½ % Gehalt an freier Schwefelsäure) so ist bis jetzt, unseres Wissens, experimentell eine desinficirende Eigenschaft des Schlammes noch nicht bewiesen worden; dürfte aber vielleicht im Hinblick auf die gasförmigen und festen Schwefelverbindungen, insbesondere die organischen, welche durch den Wasserdampf bei der Erwärmung und Anrichtung des Schlammes in $CO_2 + H_2S$, d. h. in nascirenden S-Wasserstoff übergehen und vom Bademedium absorbirt werden, angenommen werden.

Da bei einem systematischen Kurgebrauch der Schlammbäder insbesondere «der Schlammhosen», wochenlang, local, eine mehr oder weniger ausgiebige, physicalisch-chemische Beeinflussung der Vaginalschleimhaut und der

[31]) E. Vollmer (Kreuznach). 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Sept. 1896 und Monatshefte für pract. Dermatologie 1896. Bd. XXIII, Nr. 11.
Derselbe nimmt an, dass man sich die Einwirkung starker NaCl-Bäder als eine physikalisch-chemische Action vorstellen müsse, so dass, wie bei osmotischen Versuchen mit Salzlösungen von verschiedenem Gehalte das Wasser aus der schwächeren Lösung in die stärkere strömt, so auch beim Baden in Soole ein centrifugaler Secretionsstrom stattfindet und dieser geneigt sein solle schädliche Substanzen aller Art aus den Organen zu entfernen; E. V. meint, dass im Soolbade auch dieser Weg für die Eliminirung des Syphilisgiftes offen sei. — (Citirt nach Excerpta medica 1897, Nr. 5).

[32]) Loimann (Franzensbad). «Zur Therapie der chronischen Metritis». Therap. Monatshefte 1893, S. 396.

[33]) Hamburger (Berlin. klin. Wochenschr. 1871, Nr. 30) ist ziemlich der erste gewesen, der auf diese Erscheinung des Moorbreies die Aufmerksamkeit der Fachcollegen lenkte.

[34]) Loimann. l. c.; vergl. auch Therap. Monatshefte 1891 VI.

Vaginalportion des Uterus stattfindet und der Schlamm stark alcalisch reagirt, so müsste eigentlich — streng wissenschaftlich gedacht — im Hinblick auf die Doederlein'schen und Krönig'schen Scheidensecretuntersuchungen den Kranken durchaus anempfohlen werden, sofort im Anschluss ans Schlammbad, Vaginalspülungen (sei es nun mit 1%-iger Milchsäure oder sei es mit einer verdünnten Wasserstoffsuperoxydlösung) vorzunehmen, um die normale Acidität der Scheide wieder herzustellen. — Trotz dieser seit Decennien cultivirten Unterlassungssünde sind aber keine schlechten Erfahrungen gemacht worden und sind im Gegentheil die Kurerfolge sehr zufriedenstellende gewesen. Es liegt daher nahe, dass man zur Erklärung der Kurerfolge, zur Annahme einer (freilich noch nicht bewiesenen) antimycotischen Wirkung des Schlammes gedrängt wird.

2. Chronische Metroendometritis.

Die characteristische Symptomatologie dieses Leidens übergehend, haben wir hier nochmals hervorzuheben, dass zuerst eine intrauterine Behandlung der Endometritis vorauszugehen hat und dann erst ein balneotherapeutisches Verfahren zur Fortschaffung der Folgezustände dieses Leidens am Myometrium gerechtfertigt ist.

Ziemlich allgemein anerkannt ist es Individuen, bei welchen der profuse Ausfluss aus den Genitalien eine stärkere Störung im Gesammtorganismus bewirkt hat und bei welchen sich neben der symptomatischen Anaemie, schlaffer, welker Muskulatur, eine stärkere Ermüdung des Körpers und der Psyche eingestellt hat, zur Kräftigung der Constitution und zur Hebung der Ernährung in ein Seebad zu schicken.

Auf die tonisirende Wirkung der Seeluft und die Anregung des Stoffwechsels durch die Schlammbäder, werden auch in Arensburg die Kurerfolge zurückgeführt.

Bei sehr schwächlichen Personen besteht die Kur in warmen See, Fichtennadel- oder dünnen Schlammbädern von 26—29° R. Bei kräftigeren Individuen liefert eine schnellere Steigerung mit dem Schlammgehalt bei 29—30° R. nicht minder gute Erfolge, nur muss beobachtet werden, dass die Patientinnen anfangs nicht täglich baden, einen Tag um den anderen oder nach einer Anzahl Badetage einen Erholungstag einschalten. — Hat sich der Organismus ans Bad gewöhnt, so wird das tägliche Bad, wie eingangs erwähnt, gut vertragen.

In vielen Fällen, wo trotz der Bäder der Ausfluss in seiner früheren Stärke fortbesteht, liefern die quantitativ-grossen Vaginaldouchen (mindestens 2 Liter) von 28—34° R. entweder aus warmem Seewasser allein mit einem Zusatz von 1—2 Handvoll Seesalz, oder einem Zusatz von 1—2 Theelöffel Tinct. Jodi, sehr gute Erfolge.

Strassmann[35]) constatirte nach solchen grossen Douchen, dass abgesehen von der Linderung der Beschwerden, ein Nachlassen des Fluor eintritt, die oft schweren Menstruationen stärker werden, die bläuliche Farbe des Uterus der rothen Platz macht und der Uterus an seinem Volumen abnimmt. — Das Eintreten dieser Veränderungen können wir nur bestätigen.

Bezüglich der allgemein angenommenen Vorstellung einer tonisirenden und die Entzündungsresiduen resorbirenden Wirkung solcher Vaginaldouchen (welche ja gleichsam ein locales Soolbad darstellen), kommt ihnen auch noch eine local-curative Einwirkung zu. Denn abgesehen davon, dass solche Ausspülungen die Entfernung des Secretes, d. h. desjenigen Momentes, welches, immer wieder als Noxe wirkend, die Erkrankungen der Schleimhaut unterhält, begünstigen, haben sie ihres Jodgehaltes wegen auch noch einen direct-heilenden Einfluss auf die erkrankte Schleimhaut der unteren Cervixpartie, bis zu welcher sie vordringen (Küstner[36]).

Zur Illustration des Gesagten geben wir folgende Krankengeschichte:

Cas 8. (Krankenjournal Nr. 48.) Patientin, eine anaemische, nervöse Frau von 31 Jahren mit guter Körperernährung; 14 Jahre verheiratet. Erste Periode im 13. Lebensjahre, von da ab regelmässig, schmerzlos 3-tägig menstruirt. Patientin hat 6 mal geboren und 2 mal abortirt, das letzte mal vor 5 Jahren artificiell (sua manu — Stricknadel!) Seit der Zeit heftige Menorrhagien bis zu 15 Tagen Dauer; in den Intervallen sehr profuser gelber Fluor. — Wiederholte Kuren in Franzensbad, Elster, Marienbad ohne nennenswerthen Erfolg. Erst im Winter 1895 entschliesst sich Patientin zu einer intrauterinen Behandlung (Abrasio und Tamponbehandlung.) Von da ab Besserung und in den letzten 3 Monaten, wenn auch noch immer sehr reichliche und Pat. schwächende, so doch wenigstens in regelmässigem Typus (4 wöchentlich, 3 tägig.) auftretende Menses. Fluor nach wie vor. Neigung zu Obstipationen. Status. 1. April 96. Uterus gross, frei beweglich, spitzwinklig anteflectirt. Fundus breit hart. Parametrien und Adnexa frei. Keine Erosion. Ordination: 30 Schlammbäder mittlerer Consistenz (bis 7 Eimer Schlamm). 28° R. Schlammhose von 30—34° R. Jodvaginaldouchen von 30—32° R. Massage des Colon. Ferratin.

3. August Entlassungsbefund: Anaemie, Nervosität und Obstipationen gewichen. Kein Fluor mehr. Menses regelmässig, weniger reichlich. Uterus wesentlich kleiner geworden, aber noch hart.

3. Chronische Oophoritis.

Wenn auch die Behandlung der chronischen Oophoritis mit der Behandlung der chronischen Myometritis im allgemeinen sehr grosse Aehnlichkeiten aufweist, so erfordert sie doch bezüglich der grösseren Schmerzhaftigkeit des Leidens und der stärker ausgesprochenen Betheiligung des Nervensystems so manche Abweichungen.

Vor allen Dingen darf zu Beginn der Badekur kein Fieber mehr bestehen. Auch müssen die Patientinnen darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie während des Bädergebrauches die körperlichen Bewegungen möglichst einschränken. — Da viele Kranke mit solchen Affectionen gern die Grenzen des «Erlaubten» überschreiten, namentlich wenn sie die ersten Erfolge des Bädergebrauches empfinden, so ist es ganz rathsam ihnen die Benutzung eines Rollstuhles zu empfehlen.

Von einigen besonderen Verordnungen, von denen bei der balneotherapeutischen Behandlung der chronischen Oophoritis Gebrauch gemacht wird, wären hier noch folgende zu erwähnen:

Gegen die bei der chron. Oophoritis selten fehlende Stuhlträgheit wird vorzugsweise das mit Kohlensäure impraegnirte Seewasser[37]), welches sich in den meisten Fällen als genügend- und mildpurgirendes Getränk recht gut bewährt hat, verordnet. Ferner wird den Kranken zur Zeit der Menses — Bettruhe empfohlen und ein Priessnitz auf den Leib ordinirt.

Nach Schluss der Menstruation lassen wir die Kranken stets noch 1—3 Tagen mit den Bädern warten und verordnen, wenn wieder mit den Bädern nach der Menstruation begonnen wird nicht die gleichhochtemperirten Schlammhosen wie vorher, sondern solche von indifferenteren Temperaturen und steigern dann täglich um ½—1° R. bis wir wieder bei den höheren und höchsten Temperaturen angelangt sind.

Diese Vorsichtsmassregel scheint uns durchaus gerechtfertigt zu sein, um einen störenden Einfluss von den blutenden und blutüberfüllten Theilen abzuhalten und um Metrorrhagien zu vermeiden, welche, wie wir uns oft genug bei denjenigen Patientinnen (z. B. Cas. 10) überzeugen konnten, welche unseren Rathschlag keiner Beachtung würdigten, am Schlusstage der Menstruation, vom Grundsatz ausgehend: «Viel hilft viel!», wieder

[35]) Strassmann. Therap. Monatshefte. 1895. XII. S. 639.

[36]) Küstner. Grundzüge der Gynaekologie. 1893. S. 221.

[37]) Dieses Getränk stellt Herr Apotheker Fliess selbst dar und wird das nöthige Seewasser aus der offenen See, mehrere Werst weit vom Lande entfernt, geschöpft.

mit den gleichhohen oder noch höheren Temperaturen badeten, in sehr profuser Weise auftraten.

Zum Bädergebrauch eignen sich in den leichteren Fällen der chron. Oophoritis die warmen Seebäder mit einem Zusatz von 1—6 Pfd. Seesalz, oder die Fichtennadelbäder. Letztere werden von den Kranken stets gern genommen und erweisen sich bei nervösen Individuen recht nützlich, weil sie beruhigend auf das Nervensystem einwirken, einen stärkeren Hautreiz ausüben, als die einfachen warmen Seebäder, und neben einer allgemein tonisirenden Wirkung eine Körpergewichtszunahme bewirken[38]).

Stehen aber die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems mehr im Vordergrunde, haben sich Neuralgien reflectorischer Art in verschiedenen Nervengebieten eingestellt, und hängen dieselben mit weiteren Adnexerkrankungen (d. h. Schwellungen, Verbackungen, Verlagerungen und Exsudaten) zusammen, so genügen obengenannte Bäder nicht, und muss man dann zu mittelconsistenten und consistenten Schlammbädern und zur Schlammhose (33—36° R.) Zuflucht nehmen. Letztere fördert wesentlich die Resorption und beruhigt in zweiter Linie die reflectorischen Schmerzen.

Auch hier erweisen sich die grossen Jodvaginaldouchen erfolgreich (T. 32—36° R.), nur muss man aufpassen und dieselben sofort nachlassen, wenn die Patientinnen angeben, dass nach den Douchen die Beschwerden und Schmerzen im Becken stärker werden; — denn das ist ein Zeichen, dass noch «frische, noch nicht völlig abgegrenzte Entzündungsherde» vorliegen (Strassmann[39])

Cas. 9. Krankenjournal Nr. 86. Stark anaemische und nervöse Frau von 26 a. n. Menses stets regelmässig gewesen, 4 wöchentlich 3 tägig, schmerzlos. Patientin hat zu Anfang und zum Schluss des Jahres 1893 geboren. Seit dem letzten, normalen Wochenbett leidend. Fluor albus, Klagen über heftige Dysmenorrhoe, welche Patientin, während der 5—6 tägigen Periode ganz arbeitsunfähig machen und auf 3 Tage ganz ans Bett fesseln. Heftige Intercostalneuralgien einige Tage vor und nach den Menses. — Im Winter 95 wegen Oophoritis, Endometritis und Erosion an der Portio specialistisch behandelt.

Status: 10. April 96. Lunge und Herz gesund. Uterus normal gelagert, nicht vergrössert. Keine Erosion. Linkes Ovarium recht beträchtlich geschwollen und sehr empfindlich.

Ordination: 30 Schlammbäder bis 6 Eimer Schlammgehalt von 28° R. Schlammhose von 30—34° R. Jodvaginaldouchen (32—34° R.). Ferratin.

Entlassungsbefund 6. August: Patientin sieht sehr wohl aus. Menses wieder 3-tägig, nur von ganz geringen ziehenden Schmerzen im Kreuz und Unterleib begleitet. Keine Intercostalneuralgien, kein Fluor. Linkes Ovarium noch einwenig vergrössert, aber unempfindlich.

4. Tubensäcke und Beckenexsudate.

Wenn wir in diesem Abschnitt eine grössere Reihe von Sonderaffectionen einer gleichzeitigen Erwähnung unterziehen, so geschieht dieses hauptsächlich darum, um Wiederholungen zu vermeiden. Denn, wenn auch wesentliche Differenzen in der Anwendung balneotherapeutischer Massnahmen bestehen und vielfache Uebergänge und Combinationen mit anderen Formen von Frauenkrankheiten im Einzelfalle vorliegen, so geht der einzuschlagende Weg, — die Kurmethode — im Allgemeinen stets auf das Zustandekommen einer congestiven Hyperaemie im Becken, Steigerung des Stoffwechsels, Zerfall von pathologischen Producten, auf Erweichung und endlich auf Resorption hinaus.

Zur Bäderbehandlung eignen sich nur diejenigen Fälle, in welchen seit der Infection Monate verstrichen sind, die Kranken nicht mehr fiebern und bei denen der Process stationär geworden ist.

Sind die Patientinnen in Folge ihres Leidens mit ihrer Körperconstitution stark heruntergekommen, anaemisch und nervös, so wird versucht durch solche Bäder, wie wir sie unter den Abschnitten über Anaemie, Myometritis chron. Oophoritis erwähnt haben, zuerst den Allgemeinzustand zu beeinflussen, das Körpergewicht zu heben und die Nerven zu beruhigen, — dann erst geht man zur stärkeren, zur resorbirenden Methode über, auch wird anfangs von einer örtlichen Gynaekotherapie ganz abgesehen, was ja auch bei den anderen, bereits besprochenen, Frauenkrankheiten stets im Auge behalten wird.

Hat sich der Organismus gekräftigt und ist Aussicht vorhanden, dass die Schlammcataplasmen (Schlammhosen) vertragen werden, so liefern diese mit allmählich steigenden Temperaturen (30—36° R.)[40]) ganz ausgezeichnete Resultate.

Schon nach 14 Tagen (der früheste Termin — 8 Tage) wenn täglich gebadet worden ist, kann man merkliche Unterschiede im Tastbefunde herausfinden, besonders in Bezug auf den Consistenzwechsel.

Haben wir es mit einem Tubensack zu thun, und ist während des Bädergebrauches kein Fieber eingetreten und sind die Beschwerden und Schmerzen nicht stärker geworden (bei Fieber und stärkeren Schmerzen — sofort Aussetzen der Bäder, Bettruhe, eventuell Eis — etc.), so halten wir es für durchaus gestattet mit gut sterilisirten Metallsonden Nr. 18—26 (Modell v. Dr. med. C. Wiedemann) so schonend wie möglich, unter Vermeidung jeglicher Zerrung und stärkeren An- resp. Herabziehens des Uterus und seiner Adnexe, — den Uterus zu dilatiren[41]).

Der Erfolg dieses Eingriffes besteht dann im Auftreten geringer wehenartiger Schmerzen, Schmerzen im Kreuz, und eines mehr oder weniger profusen Ausflusses, welcher zuweilen mehrere Tage anhält und wonach oft der Tubensack in kurzer Zeit schwindet.

Wie wir uns häufig überzeugt haben, macht nach einem solchen Eingriff und dem weiter auszudehnenden Bädergebrauch das Allgemeinbefinden rapide Fortschritte: die Kranken bekommen ein besseres Aussehen, besseren Appetit, nehmen an Gewicht zu, und so manche Patientin kehrt nach 6—8 Wochen gekräftigt und (dem Krankheitsprocess, z. B. Salpingitis gonorrhoica, angepasst) geheilt heim[42]).

Unserer Ansicht nach ist hier die Uterusdilatation in der Wirkung vollkommen gleichzusetzen der gynaekologischen Massage, nur ist der Eingriff viel kürzer, regt die Kranken quoad libidinem nicht so auf, ist richtig ausgeführt viel schonender für die pathologisch veränderten Uterusadnexe und schneller von Erfolg gekrönt.

Eine ein- bis zweimalige Sitzung genügt meist und haben wir bisjetzt noch nie eine Recrudescenz der Erscheinungen (ausser den oben angeführten Symptomen) noch Temperatursteigerungen auftreten sehen, was man von der Massage — in manchen Fällen, nicht behaupten kann.

Dass nicht alle Tubensäcke dieser Sondenbehandlungsmethode unterworfen werden können, ist einleuchtend. Einige bedürfen garnicht dieses Eingriffes, da sie spontan den Tubeninhalt entleeren. Andere wieder, vermuthlich besonders auf Gonokokken und Streptokokkeneiter beruhende und eine bedeutende Ausdehnung der Tube zeigende Sactosalpingen, bei welchen von vorneherein anzunehmen ist, dass der Muskel- und Schleimhautapparat definitiv zerstört ist und bei denen vorzüglich

---

[38]) Vergl. auch Niebergall. Allg. med. Centralzeitung. 1886 Nr. 34 und 35. «Die Kiefernadelbäder in Thüringen».

[39]) Strassmann. l. c.

[40]) Von «torpiden» Constitutionen wurden selbst Temperaturen von 38—40° R. vorzüglich vertragen.

[41]) Auvard behandelt die Salpingitiden durch Einlegen eines Laminariastiftes in den Uterus (cf. Auvard-Rosenau: 100 illustrirte Fälle aus der Frauen-Praxis, Therap. Theil. Fall 26.)

[42]) Von 19 derartig behandelten Salpingoophoritiden und Salpingitiden in der Saison 1896 konnten 12 geheilt und 7 wesentlich gebessert entlassen werden.

durch adhaesive Processe, Knickungen und Verklebung des Ostium tubo-uterinum, — ein Abfluss des Inhaltes nach dem Uteruscavum zu auszuschliessen ist, würden überhaupt nicht reagiren.

Bezüglich der Gonokokkensactosalpinx scheint eine relative Ausheilung nach der oben beschriebenen Behandlungsmethode, wenn die Ausdehnung der Tube und die Eiteransammlung nur mittlere Grade erreichen, nicht unmöglich zu sein. Jedenfalls dürfte. bei kritischer Prüfung der erzielten Heilerfolge (cf. z. B. Cas. 11) — d. h. wenn jegliche locale Symptome schwinden und die pathologisch veränderten Organe zur Norm zurückgekehrt sind, — eine solche Annahme gerechtfertigt sein.

Zum Schlusse der Besprechung über die Behandlung der Tubensäcke haben wir noch eines Umstandes zu erwähnen: Wenn es auch nicht in jedem Falle gelingen wird nach einer 6—8 wöchentlichen Schlammbadekur Sactosalpingen grösserer Ausdehnung zur Resorption zu bringen, so erreicht man doch nicht wenig, wenn neben einer Kräftigung der Gesammtkonstitution, die oft zahlreichen und mässigen Verbackungen gelöst und resorbirt werden. So mancher «zum Messer» verurtheilte Tubensack, welcher selbst der besten Technik die grössten Schwierigkeiten in den Weg gelegt hätte, verläuft nach einer Schlammbadekur leicht und günstig.

Wir lassen hier einige Krankengeschichten zur Illustration des über die Behandlung der Tubensäcke Gesagten folgen:

Cas. 10. Krankenjournal Nr. 109. Corpulente, wohlaussehende Frau von 36 a. n. 14 Jahre verheiratet, 1. Menses im 12 Lebensjahr; stets regelmässig 4-wöchentlich, 4 tägig, schmerzlos menstruirt, hat 2 mal geboren. Letzte Geburt vor 10 Jahren. In beiden Wochenbetten gefiebert. Seitdem steril und dysmenorrhoische Beschwerden. Neigung zu Obstipation. Status: Uterus vergrössert, retroponirt, nach links verlagert und breitflächig fixirt. Rechte Tube etwa kleinfingerdick, gewunden rechtwinklig nach hinten — seitlich abgeknickt, fixirt. Linke Tube gleichfalls gewunden und verdickt, fühlt sich aber weicher an. Linkes Ovarium — grosser Empfindlichkeit wegen nicht erreichbar. Rechtes Ovarium in den Douglas verlagert. Untersuchung sehr empfindlich, besonders der hintere Fornix.

13. Juni 96. Ordination: Erst Menses abwarten, dann 30 mittelconsistente Schlammbäder von 28° R. Schlammhose von 30—35° R. Jodvaginaldouchen von 32—36° R. Massage des Colon. Marienbader Kur.

26. Juni. Vaginale Untersuchung lange nicht mehr so empfindlich wie am 13. Juni. Die fixirten Partien lassen sich bequem dehnen. Tuben weicher. I. Uterusdilatation. Sonden Nr. 18—22.

2. Juli. Nach der Dilatation geringer Fluor aufgetreten von einem Tage Dauer und leichte, ziehende Schmerzen im Kreuz. II. Uterusdilatation: Sonden Nr. 18—26.

11. Juli. Nach der II. Dilatation 3 Tage lang ein fleischwasserähnlicher Ausfluss und wieder ziehende Schmerzen im Kreuz. aber dieses Mal etwas stärker. Vaginale Untersuchung: Tuben kaum durchzupalpiren, weich und schmerzlos. Die Fixationen an der linea arcuata posterior lassen sich ohne wesentliche Schmerzen trennen. Uterus wird normal gelagert.

2. August. Patientin bekam (trotz Warnung!) in Folge zu bald nach der Periode und zu heiss genommener Schlammhosen (38° R.) eine recht profuse 8 tägige Metrorrhagie (Therapie: Bettruhe!) 20. August. Entlassungsbefund: Uterus normal gelagert. Tuben nicht zu tasten. Ovarien normal gelagert, gleichgross, unempfindlich. Untersuchung vollkommen schmerzfrei. — Obstipationen gehoben.

Cas. 11. Krankenjournal Nr. 49. Patientin eine anaemische neurasthenische Frau von 26 Jahren; 5½ Jahre verheiratet. Klagen über Sterilität, Fluor albus und heftige dysmenorrhoische Beschwerden. Letztere gleich nach der Verheiratung mit einem damals an florider Gonorrhöe leidenden Manne aufgetreten. Patientin menstruirte seit dem 12 Lebensjahre spärlich, schmerzlos, regelmässig. Seit der Verheiratung Menses ganz unregelmässig von 2—6—8 wöchentlichem Typus und 7—8 tägiger Dauer, verbunden mit heftigen Schmerzen (vor und nach der Periode) im Kreuz und Unterleibe, mit Uebelkeit und Diarrhöen, sonst Neigung zu Obstipationen.

Status: Uterus klein, reclinirt, beweglich und leicht aufrichtbar, Fundus verbreitert, hart, Cervix conisch. Rechte Tube bleifederkieldick; linke Tube stellt im Zusammenhang mit dem linken Ovarium einen etwa klein apfelgrossen Tumor dar von unregelmässigen Conturen. Nephroptosis dextr.

2. Juni 96. Ordination: Fichtennadelbäder von 27—28° R. Schlammhose von 30—32° R. 14. Juni. Vaginale Untersuchung: Status idem. — Uterusdilatation: Sonden Nr. 18—26

20. Juni. Nach der Dilatation 4 Tage lang stärkere Absonderungen einer schleimig-eitrigen Flüssigkeit. Ziehende Schmerzen im Kreuz und Unterleibe. Vaginale Untersuchung: Vom kleinapfelgrossen Tumor ist nichts nachzuweisen. Das linke Ovarium mässig vergrössert, empfindlich.

26. Juli. Entlassungsbefund. Pat. hat sich sehr gut erholt und ist weniger nervös. Vor den Menses geringe, nach den Menses gar keine Schmerzen gehabt. Gynaekologisch ist ausser einer ganz minimen Empfindlichkeit des linken Ovariums nichts nachzuweisen.

Cas. 12. Krankenjournal Nr. 137. Patientin 27 a. n., anaemisch, nervös. Seit 4 Jahren verheiratet. Vor 3 Jahren einmal geboren; vor 2 Jahren Abort im 3 Monat, seitdem leidend Menses 4 wöchentlich, 6 tägig, sehr reichlich. Patientin längere Zeit von einem Specialarzt wegen Pelveoperitonitis und Salpingoophoritis behandelt und 4 Wochen lang nach Thure Brandt gynaekologisch massirt. Anfangs Massage gut vertragen dann aber plötzlich Temperatursteigerung und Anschwellen der linken Tube, so dass Patientin einige Wochen ganz zu Bett liegen musste.

Status: 20. Juni 96. Uterus klein, anteflectirt. Linke Tube und linkes Ovarium beträchtlich geschwollen und sehr empfindlich. Rechtes Ovarium gleichfalls vergrössert und schmerzhaft. Parametrien frei. Ganz minimer Fluor.

Ordination: 30 consistentere Schlammbäder von 28° R. Schlammhose 30—32° R. Jodvaginaldouchen v. 30—32° R.

26. Juni. Bäder werden gut vertragen. Beckenorgane status idem.

Uterusdilatation: Sonden Nr. 18—26. — Sofort stellen sich leichte, ziehende wehenartige Schmerzen ein im Kreuz und Unterleibe und halten 2 Tage an. Während dieser Zeit profuser Fluor.

1. Juli. Vaginale Untersuchung ganz schmerzlos. Linke Tube gerade noch palpabel. unempfindlich; desgleichen das Ovarium links, — rechts noch ein wenig vergrössert, hyperaesthetisch.

5. August. Entlassungsbefund: Gutes allgemeines Wohlbefinden. Gynaekologisch lässt sich nichts mehr nachweisen. Als genesen entlassen.

Was nun die Residuen nach Beckenexsudaten anbetrifft, unter welcher Bezeichnung wir vorzugsweise die chronischen, nicht mehr abendliche Temperatursteigerungen zeigenden Veränderungen nach Para-, Perimetritis, Peri-salpingoophoritis und Pelveoperitonitis zusammengefasst wissen möchten, so ist, wie bereits oben bemerkt, die Kurmethode, wenn auch den einzelnen Individuen angepasst, fast immer eine gleichartige, und läuft dieselbe stets auf Resorption der Entzündungsproducte hinaus. Um Wiederholungen zu vermeiden, verweisen wir daher auf das über die Sactosalpingen Gesagte.

Zum Schlusse dieser Arbeit halte ich es für meine angenehme Pflicht auch noch an dieser Stelle meinem hochverehrten Chef und meinem Vorgänger als Leiter der «Neuen Heil- und Schlammbadeanstalt in Arensburg», Herrn Dr. med. C. Wiedemann, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen für die Ueberlassung des in dieser Arbeit verwertheten Materials. Ich bitte ihn auch desgleichen den Ausdruck meiner bleibenden Dankbarkeit anzunehmen für sein freundliches Entgegenkommen und die vielfache werthvolle Anregung und Belehrung, die er mir, gestützt auf eine 14-jährige Erfahrung in der Schlammbadbehandlung, reichlich hat zu Theil werden lassen.

Referate.

Dr. W. Petersen (Heidelberg). Klinische Beobachtungen bei der Bacteriotherapie bösartiger Geschwülste. Archiv für klin. Chirurgie. Band 53, Heft 1.

P. nennt die verschiedenen Methoden der Reindarstellung der bei der Streptokokkeninfection wirksamen Heilkörper, im Reagensglase — Toxinmethode (Vertreter Coley); im Thierkörper — Serummethode (Vertreter Emmerich und Scholl). P. berichtet nun über die unter Czerny (Heidelberg) angestellten Versuche und klinischen Erfolge. In Anwendung kommen vor allem 3 Präparate der Toxinmethode.

1) Mischcultur-Sterilisat (mit Bac. prodigiosus). 2) Reines Streptokokken-Sterilisat. 3) Streptokokkenfiltrat. Die Injectionen (0,1—0,5) wurden gemacht subcutan (entfernt vom Tumor) parenchymatös (in den Tumor) und intravenös zehn-

fach stärkere Wirkung. Das Mischcultur-Sterilisat und reine Prodigiosussterilisat riefen fast dieselben schweren Intoxicationserscheinungen hervor: hohes Fieber etc. jedoch nur anfallsweise.

Das Streptokokken-Sterilisat macht wenn auch in zehnfach stärkere Dosen viel schwächere Allgemeinerscheinungen. Wichtig ist, dass nach Behandlung mit Streptokokken-Sterilisat im Organismus Streptokokkenantitoxine nachweisbar sind. — Behandelt wurden nach der Toxinmethode 10 Carcinome, 17 Sarcome, Erfolg bei einem Rundzellensarcom. — P. hält für das Wirksamste noch das Prodigiosus-Sterilisat. Versuche nach Emmerich-Scholl an 7 Carcinomen, ergaben keine Erfolge und stellt P. das Krebsserum der Wirkung nach dem Streptokokkenfiltrat gleich. Resultat also: Intoxicationsgefahr gross, Erfolg gering. Schiemann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin. Verlag von S. Karger. Preis des Jahrganges 32 Mark.

Seit Beginn dieses Jahres wird von den Professoren Wernicke-Breslau und Ziehen-Jena eine neue Zeitschrift unter obigem Titel herausgegeben. Ihr Erscheinen ist gerechtfertigt, wenn man zugiebt, dass gegenwärtig «das Studium der Nerven- und Geisteskrankheiten im Vordergrund des ärztlichen Interesses steht».

Das erste Heft enthält auf 98 Seiten Folgendes: I. Tagesfragen. Darlegung des Arbeitsprogramms der Zeitschrift in Form einer Polemik gegen das in letzter Zeit beliebte Schematisiren. Wie verhängnissvoll dieses werden kann, ersieht man für die klinische Darstellung der Nervenkrankheiten an Charcots künstlerisch abgerundeten Krankheitsbildern, für diejenige der Geisteskrankheiten an Magnans einseitiger aetiologischer Ableitung von der sogenannten Entartung oder erblichen Veranlagung, ganz besonders aber an der neuerdings von Flechsig urgirten Lehre über die Associations- oder Verstandescentren, wo noch unvollständige anatomische Befunde zu überflüssigen Hypothesen verwandt werden. «Die eingehende klinische Beobachtung ist vorerst noch unsere einzige sichere Grundlage, und auf ihr bietet sich ein unerschöpfliches, immer dankbares Forschungsgebiet. Die Hoffnung, sich darüber hinaus auf eine pathologisch-anatomische Begründung der Psychosen zu erheben, beruht namentlich auf den Kenntnissen von der Glia, die wir Weigert, und von den Ganglienzellen, die wir Nissl verdanken, nicht aber aber auf Flechsigs unhaltbarer Entdeckung besonderer Verstandescentren».

II. Originalarbeiten. Karl Bonhoeffer: Ein Beitrag zur Localisation der choreatischen Bewegungen. Nebst einer Tafel mit Mikrophotogrammen — Hermann Wilbrand: Ueber die Gesichtsfeldmessung am Dunkelperimeter. — S. Ramon y Cajal: Ueber die Beziehungen der Nervenzellen zu den Neurogliazellen anlässlich des Auffindens einer besonderen Zellform des Kleinhirns.

III. Sitzungsberichte. Liepmann: Vom III. internationalen Congress für Psychologie in München, 4.—7. August 1896. — Sachs: Aus der Mittheilung für Neurologie und Psychiatrie der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.

IV. Nekrolog Carl Eisenlohr's, früheren Oberarztes des neuen allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf.

V. Buchanzeigen.

VI. Tagesgeschichtliche Notizen. Michelson.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. Haug-München. II. Band. Heft I Dr. Kretschmann: Die operative Eröffnung der Mittelohrräume. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1897.

Die schweren Komplikationen seitens des Gehirns, seiner Häute und der grossen Schädelsinus, zu denen die Mittelohreiterungen so häufig Veranlassung geben, erfordern heut zu Tage von jedem Arzte eine genaue Kenntniss der Prophylaxe derselben. Als prophylaktische Massregel gegen derartig schwere Erkrankungen nimmt die operative Freilegung der Hohlräume des Felsenbeins die erste Stelle ein. Der Darstellung dieser so wichtigen Operation ist die vorliegende Arbeit gewidmet. In Kürze und zusammenfassender Weise giebt Verf. eine sehr klare und übersichtliche Schilderung der typischen Aufmeisselung des Antrum mastoideum und der verschiedenen Modificationen der sogenannten Radicaloperationen. Dem Allgemeinpraktiker, der sich über diese Operationen informiren will, kann die vorliegende Brochüre sehr empfohlen werden.

II. Band. Heft 2. Dr. Wilh. Anton: Die Diphtherie der Nase.

Während die secundäre Nasendiphtherie, als Theilerscheinung oder im Anschluss an Diphtheria faucium et laryngis, schon von älteren Autoren wohl gekannt und beschrieben wurde, gehört die primäre und besonders die auf die Nasenhöhle beschränkt bleibende (isolirte) Rhinitis diphtherica zu jenen Erkrankungsformen, deren Kenntniss erst mit der Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden der Nasenhöhle eine erhebliche Erweiterung erfuhr. All' diese drei Gruppen der Nasendiphtherie werden vom Verf. einer eingehenden Besprechung unterworfen. Die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie derselben sind sehr genau beschrieben. Für jeden allgemein thätigen Arzt und Nichtspecialisten ist dieser Vortrag, in dem ein abgerundetes Bild der Krankheit gegeben wird, von besonderem Nutzen.

II. Band. Heft 3. Dr. G. Brunner: Die sog. Autophonie i. e. die pathologische Resonanz der eigenen Stimme.

Diese auf Insufficienz des Tubarverschlusses beruhende Krankheit kommt, wenigstens in ausgesprochenem Grade, nicht häufig vor und wird deshalb in manchen Lehrbüchern gar nicht, in anderen nur sehr oberflächlich abgehandelt. Mit desto grösserem Interesse wird der Fachmann sowohl, wie der Nichtspecialist die 6 ausführlichen Krankengeschichten nachlesen, die dem vorliegenden Vortrage zu Grunde gelegt worden sind. Durch eine eingehende Besprechung derselben versucht Verf. diese für den Patienten sehr lästige Krankheit näher zu beleuchten, was ihm auch prachtvoll gelungen ist. A. Sacher.

A. Lanz: Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathologie der mercuriellen Stomatitis und Salivation. Berlin 1897. Verlag von O. Coblentz

Vorliegendes Werk ist eine vervollständigte deutsche Ausgabe der bereits vor ca. anderthalb Jahren erschienenen, gleichnamigen, russischen Dissertation des Privatdocenten A. Lanz in Moskau. Seine mühevollen Untersuchungen über die mercurielle Stomatitis und Salivation behandeln eine bis dahin noch lange nicht geklärte Frage in erschöpfender Weise und zeigen, dass manche bisher geltende Ansicht anders gedeutet werden muss. Die Arbeit zerfällt in 3 Theile, nämlich 1) einen historisch-litterärischen, 2) einen klinischen und 3) einen experimentellen Theil. Aus dem interessanten Inhalt der beiden letzteren Abschnitte sei Einiges hervorgehoben. Im klinischen Theil zeigt Verf. an einer Reihe von Beobachtungen, dass die Mercurialerscheinungen der Mundhöhle am häufigsten, nämlich in der Hälfte aller Fälle als Gingivitis, in 1/5 aller Fälle als Ulcerationen an den Malzähnen und in 1/7 aller Fälle als Wangengeschwüre auftreten. Es ist jedoch ein Unterschied zwischen den Männern und Frauen zu constatieren, denn während die Gingivitis bei beiden Geschlechtern gleich häufig vorkommt, sind die Ulcerationen an den Malzähnen, ebenso wie die Wangengeschwüre bei den Männern seltener, als bei den Frauen was Verf. durch das öftere Vorkommen von Leukoplacie bei den Männern erklärt, welche die Schleimhaut widerstandsfähiger macht. Der häufigste Sitz der mercuriellen Gingivitis ist an den Schneide- und Eckzähnen des Unterkiefers, wo sich auch gewöhnlich die stärkste Zahnsteinablagerung findet. Dennoch ist der Zahnstein nicht als der Hauptgrund für das Zustandekommen der Gingivitis anzusehen, da sich letztere auch dort entwickeln kann, wo kein Zahnstein abgelagert ist. Wesentlicher ist die Unthätigkeit der einen Mundhälfte beim Kauakt, wie es in Folge eines cariösen Zahnes oder aus anderen Gründen vorkommen kann. In Folge dieser Nichtbetheiligung am Kauakt kommt es zwar gewöhnlich zu einer stärkeren Zahnsteinlagerung an den betreffenden Zähnen, aber was noch wichtiger ist, zu einer lebhafteren Entwicklung der an und für sich in der Mundhöhle reichlich vorhandenen Bacterien. Darum begegnet man der Mercurialstomatitis immer an den, aus irgend welchen Gründen, am Kauakt sich nicht betheiligenden Zähnen, selbst wenn es noch zu keiner stärkeren Zahnsteinablagerung an ihnen gekommen ist. Bei einzuleitender Quecksilbercur muss demnach darauf geachtet werden, dass die Mundhöhle in gutem Zustand ist und durch sorgfältige Reinigung und Desinfection derselben muss dem schädlichen Einfluss der Bacterien entgegengewirkt werden. Auf die anderen Formen der Mercurialstomatitis wie auf die sonstigen, wichtigen Ergebnisse der Arbeit näher einzugehen würde zu weit führen, jedoch ein Punkt sei noch berührt, nämlich derjenige über das späte Auftreten von Mercurialstomatitis. Diese Frage bespricht Verf. an der Hand eines von ihm beobachteten Falles, wo ein mehrfach mit Quecksilber behandelter Patient erst ein volles Halbjahr nach der letzten Quecksilbercur klinisch das typische Bild einer geschwürigen Mercurialstomatitis darbot. Trotzdem alle Symptome für eine solche sprachen und sich auch Hg im Urin fand, lässt Verf. dennoch die Frage offen, ob es sich wirklich um eine solche gehandelt habe, da im Urin Kranker, die mit Quecksilber behandelt werden, Spuren desselben noch lange

nachher nachweisbar sind und da es für die Merkurialstomatitis keine pathognomonischen Merkmale giebt. Ehe also nicht mehr derartige Beobachtungen, als bisher, vorliegen lässt sich nach Verf. nur die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges der Stomatitis mit dem Quecksilber annehmen. Der specielle Theil enthält Versuche an Hunden und Katzen zum Zweck einer Klärung der Ansichten über das Zustandekommen der Salivation, wie über die Bedeutung des Speichels für die Entstehung der mercuriellen Stomatitis, wie endlich zwecks Bestimmung der Localisation der Mercurialgeschwüre. Den Schluss bilden Harn- und Speichelanalysen und Schlussfolgerungen.

Allen denen, welche sich für die Frage der Quecksilberstomatitis interessiren, können wir das besprochene Werk nur bestens empfehlen. A. Jordan.

W. Poten: Die chirurgische Asepsis der Hände. Berlin 1897. Verlag von S. Karger.

Verf. berichtet in zusammenfassender Weise über die seit Einführung der Antisepsis gebräuchlichen Desinfectionsmethoden. Wenn vor Jahren Alles auf die angewandten Desinficientien ankam, so gehen jetzt die Ansichten über die durchgreifende Wirksamkeit der Sublimat- und Carboldesinfection bei den verschiedenen Operateuren sehr auseinander, es wird immer mehr die mechanische Reinigungsweise betont und die Anwendung des Desinficiens als nebensächlich bezeichnet. Alsdann trat Fürbringer mit seiner Methode hervor, die die Einschaltung der Alkoholwaschung als nothwendiges Postulat zur Herstellung der Keimfreiheit der Hände hinstellte. Es folgte eine Reihe von Impfversuchen: die in verschiedener Weise desinficirten Hände wurden in Nährflüssigkeiten getaucht und die Brauchbarkeit der einzelnen Methoden auf diese Weise controlirt. Es wurde festgestellt — auf die Versuche kann hier nicht näher eingegangen werden, — dass dem Sublimat die antiseptische Kraft, die demselben in der üblichen Lösung im Allgemeinen beigelegt wird, nicht innewohnt, dass es dagegen gelingt mittelst Spirituswaschung die Hände in den meisten Fällen ganz oder nahezu ganz keimfrei zu machen. In 51 Versuchen wurde 35 mal absolute Sterilität erzielt, 12 mal eine minimale Verunreinigung und nur 4 mal eine etwas erheblichere Infection der Agarplatte bemerkt. Dem Spiritus ist vor dem Aether der Vorzug zu geben, weil unsere Haut neben Fett auch Wasser enthält, letzteres sich mit Aether nicht löst, daher ein tieferes Eindringen in die Haut nicht möglich ist. Lingen.

K. Grube: Allgemeine und specielle Balneotherapie mit Berücksichtigung der Klimatotherapie. Berlin 1897. Verlag von A. Hirschwald.

Das vorliegende Buch enthält die Hauptlehren der Balneo- und Klimatotherapie und soll dem practischen Arzt als Rathgeber zur Seite stehen und diesen über die für den speciellen Fall passende Wahl eines Curortes, über Indicationen und Anwendung der Quellen und Bäder etc. instruiren. Verf. ist bemüht in Kürze das Erforderliche zu bieten und doch das Wesentliche hervorzuheben.

Nach einigen einleitenden Worten über die physiologische und therapeutische Wirkung der Bäder und die Wirkung des Wassers bei innerlichem Gebrauch, sowie den Einfluss des Klimas, geht Verf. auf die Schilderung der Wirkungsweise der verschiedenen Mineralwässer und der Milch- und Traubencur über. In diesem Abschnitt werden die Gruppen der Mineralwässer (alkalische Quellen, Säuerlinge, Bitterwässer etc.) nach ihrer chemischen Zusammensetzung und Wirkung auf den Stoffwechsel besprochen und die dahin gehörigen Thermen und Curorte namhaft gemacht. Das Kapitel: klinische Balneotherapie ist nach den Krankheitsgruppen geordnet und unter diesen Gesichtspunkt die passende Wahl eines Curortes einer Therme u. s. w. gestellt. In dem Abschnitt: Balneographie findet sich in alphabethischer Reihenfolge geordnet die Aufzählung einer grossen Reihe von Bädern — europäischen und aussereuropäischen — mit Angabe ihrer Lage, Umgebung, ihrer klimatischen und hygieinischen Verhältnisse, der Benennung verschiedener Quellen und Thermen ect.

Das Buch wird manchem Arzt den gewünschten Aufschluss und den erforderlichen Hinweis geben, wenn er in die Lage kommt, seinen Patienten einen Curort empfehlen zu müssen.

Lingen.

Vermischtes.

— Der Professor der Histologie an der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Arnstein, welcher, wie wir vor Kurzem meldeten, in der Würde eines Professor emeritus bestätigt wurde, ist nach Ausdienung von 30 Jahren auf weitere fünf Jahre im Dienste belassen worden, unter gleichzeitiger Erhöhung seines Gehaltes am 1200 Rbl. jährlich. (Woln. Westn. Wr.)

— Wie die «Medizina» gerüchtweise erfährt, siedelt der ordentliche Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Jurjew (Dorpat), Dr. Alexander Gubarew, nach Moskau über, wo er an der dortigen Universität als ausseretatmässiger ausserordentlicher Professor seine Lehrthätigkeit fortsetzen wird.

— Der ausserordentliche Professor der Kiewer Universität, Dr. W. Tschernow, ist zum ausserordentlichen Professor auf den Lehrstuhl der Kinderkrankheiten ernannt worden.

— Am 11. Mai begeht Dr. Ludwig Lubelski, Arzt an dem jüdischen Krankenhause in Slatopol (Gouv. Kiew) das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher gegenwärtig 75 Jahre alt ist, lebt seit 34 Jahren in Slatopol, wo er noch gegenwärtig die ärztliche Praxis ausübt und sich einer grossen Popularität erfreut. (Wr.)

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath: Der ältere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Ehren-Leib-Pädiater Dr. Korowin.

— Verstorben: 1) In Chabarowsk der ehemalige Militär-Medicinalinspector des Omskischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Kulintschenko im Alter von 65 Jahre. Seine ärztliche Thätigkeit begann er im Jahre 1855. 2) Im Kirchdorfe Bashenowskoje (Gouv. Tobolsk) der Landarzt Nikolai Kibardin im 31. Lebensjahre an Flecktyphus. Der Verstorbene hatte, um zum Studium der Medicin zu gelangen, mehrere Jahre als Dorfschullehrer wirken und während seines Studiums an der Tomsker Universität den Lebensunterhalt durch die Nebenbeschäftigung als Kirchensänger sich verschaffen müssen. 3) Am 19. April in Tiflis der Oberarzt des Grusinischen Grenadierregiments Anton Schinkewitsch im 46. Lebensjahre. 4) In Madrid der bekannte Chirurg Dr. Heinrich Sünder y Rodriguez.

— Als Nachfolger des verstorbenen Professors Braun in dem Amte des Oberarztes des Augenhospitals in Moskau ist der bisherige ältere Ordinator Dr. S. Loshetschnikow gewählt worden.

— Der ausserordentliche Professor für gerichtliche Medicin an der Universität Würzburg, Dr. Wilh. Reubold hat nach zurückgelegtem 70. Lebensjahr sein Lehramt aufgegeben.

— Als Nachfolger des verstorbenen berühmten Physiologen Schiff ist der bisherige Professor der Therapie, Dr. J. L. Prévost, zum ordentlichen Professor der Physiologie an der Genfer Universität ernannt worden. (Allgem. m. C.-Ztg.)

— Prof. extraord. Dr. Beck ist zum ordentlichen Professor der Physiologie der Universität Lemberg ernannt.

— Dem bekannten Stettiner Chirurgen Dr. K. Schuchardt, ist der Professortitel verliehen worden.

— Für die in diesem Jahre zur Verleihung gelangende anatomische Sagorski-Prämie haben bei der Conferenz der militär-medicinischen Academie sechs Bewerber ihre Arbeiten eingereicht, darunter die Professoren Bobrow (Moskau), Gubarew (Jurjew) und A. S. Dogel (Tomsk).

— Der X. Congress russischer Naturforscher und Aerzte, welcher bekanntlich in Kiew im August d. J. bald nach dem Moskauer internationalen med. Congress stattfinden sollte, ist, wie verlautet, auf den August 1898 verlegt worden.

— Seitens des Marine-Curatoriums für Blinde werden auch in diesem Jahre fliegende Oculisten-Abtheilungen ausgerüstet, die in die Gouvernements Nowgorod, Simbirsk, Orel, Tambow, Rjasan, Smolensk, Tula, Grodno, Podolien, Wologda, Woronesh, Ufa, Perm, Orenburg, Tobolsk und Tomsk gesandt werden, um den zahlreichen Augenkranken in diesen Gegenden namentlich operative Hülfe zu leisten.

— Wie in früheren Jahren, so wird auch in der diesjährigen Badesaison in Staraja-Russa ein Badeblatt mit dem Titel «Сезонный Листокъ Старорусскихъ минеральныхъ водъ» unter der Redaction des Directors des Mineralbades Dr. S. Tilitschejew erscheinen. Der Abonnementspreis beträgt 1 Rbl. 50 Cop.

— Nachrichten, betreffend den bevorstehenden internationalen medicinischen Congress in Moskau. Das Executiv-Comité, welches aus dem Decan der Moskauer med. Facultät Prof. emer. Dr. Klein (Vorsitzender) und 9 Professoren der med. Facultät, nämlich Roth (Generalsecretär), Filatow (Schatzmeister), Neiding und Tichomirow (Secretäre), Djakonow, Korssakow, Ognew und Scherwinski als Mitgliedern besteht, hatte sich an alle Aerzte Moskau's (ca. 1300) mit der Anfrage gewandt, ob sie nicht ein oder mehrere Congressmitglieder für die Zeit des Congresses bei sich aufnehmen können und auch bereits eine ansehnliche Zahl von zustimmenden Antworten

erhalten. Zugleich hat das Comité festgestellt, dass im centralen Theil Moskaus auf 700 Zimmer in den Hôtels und 1600 möblirte Zimmer in Privathäusern zur Unterbringung der Congressmitglieder für die Zeit des Congresses gerechnet werden kann. Falls diese nicht ausreichen sollten, werden noch Massenquartiere in den Räumen einiger Krons- und Privat-Lehranstalten eingerichtet werden. Nach geschehener Abmachung mit den Wohnungsinhabern sollen besondere Karten angefertigt werden, die den ankommenden Congressmitgliedern auf den Bahnhöfen eingehändigt und alle vorläufig nöthigen Auskünfte, die Adresse des Quartiers den Preis desselben u. s. w. enthalten werden. Das Vergnügungscomité unter dem Vorsitz Prof. Korssakow's hat das allgemeine Programm für den Empfang und ebenso für die Festlichkeiten, welche auf alle Abende der Congresstage vertheilt werden, bereits entworfen. Die Eröffnung des Congresses wird voraussichtlich in der Manege stattfinden und die Plenar-Versammlungen werden im grossen Theater abgehalten werden. Zum Empfang der Congress-Gäste auf den Grenzstationen und einigen Zwischenstationen werden auf Initiative des Ober-Militär-Medicinalinspectors Dr. Remmert Bureaus von Militärärzten gebildet werden.

— Die Moskausche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat 1500 Rbl. ausgesetzt zur Herausgabe einer Skizze des Landschafts-Medicinalwesens des Moskauschen Gouvernements und zur Ermöglichung einer Besichtigung einiger in der Nähe Moskaus belegenen Landschaftshospitäler.

— Im Amur-Gebiet, wo die Lepra recht verbreitet ist, wurde in der Stadt Nikolajewsk vor Kurzem ein Lepra-Asyl eröffnet. Es ist ausserdem um die Erlaubniss zur Eröffnung eines zweiten Asyls in Petropawlowsk und zugleich um eine Regierungssubvention von 3700 Rbl. einmalig und 5100 Rbl. jährlich nachgesucht worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. April d. J. 7418 (14 mehr als in d. Vorw.), darunter 501 Typhus — (30 wen.), 762 Syphilis — (2 mehr), 170 Scharlach — (6 mehr), 109 Diphtherie — (12 mehr), 142 Masern — (11 mehr) und 34 Pockenkranke — (1 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. April bis 3. Mai 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
409	284	693	120	80	120	25	10	32	55	62	48	45	50	32	8	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 37, Scharlach 17, Diphtherie 43, Croup 8, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 4, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 28.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. Mai 1897.

Довв. ценв. Спб. 10 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat)

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, 17. (29.) Mai 1897

Neunter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur **noch bis zum 1. Mai a. c.** Berücksichtigung finden und sind **einzureichen** unter genauer Angabe des Thema's und kurzer **schriftlicher** Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Aus der Hospitalklinik des Herrn Prof. K. Dehio in Dorpat.

Balantidium coli im menschlichen Darm.

Von
Dr. med. M. Gurwitsch.
Assistent der Klinik[1]).

Das Balantidium (Paramaecium) coli gehört zur Klasse der Wimperinfusorien, Famil. Bursariae. Dieser Parasit kommt im Dickdarme des Menschen vor, bei dem er übrigens bis jetzt ziemlich selten angetroffen worden ist.

Aus der Literatur konnte ich blos 44 Fälle zusammenstellen: davon wurden beobachtet

in Schweden	15
» Deutschland	3
» Italien	1
» Sundainseln	1
» Cochinchina	6
» Nord-Amerik. Ver.-St.	2
» Russland	16

In Russland kommen von den 16 Fällen auf:

St. Petersburg	8
Finnland	6
Dorpat	2

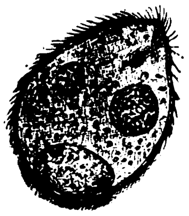
Ich persönlich hatte im Laufe der letzten 2 Jahre Gelegenheit, weitere 6 solcher Kranker zu beobachten.

[1]) Vortrag gehalten zum VIII. livländischen Aerztetage in Wenden; erschienen im December-Hefte des «Русскій Архивъ» 1896 in russischer Sprache.

Ueber das Aussehen und die Lebensthätigkeit des Parasiten wäre Folgendes mitzutheilen, wobei ich mich hauptsächlich an die Beschreibung Leuckhardt's halte.

Das Balantidium coli stellt einen eiförmigen Körper dar, dessen Länge 0,07—0,1 mm., dessen Breite 0,05—0,07 mm. beträgt; diese Zahlen haben blos die Bedeutung von Mittelwerthen da ich selbst in einem und demselben mikroscopischen Präparate Exemplare beobachten konnte, deren maximale resp. minimale Grösse das Verhältniss 5:1 zeigte. Am vorderen (cfr. Fig. 1.) etwas mehr abgerundeten Ende des Parasiten stülpt sich seine äussere Membran nach innen in Form einer Röhre ein, die dem Thiere als Mund dient; am hinteren mehr zugespitzten Ende ist zuweilen die Afteröffnung zu sehen; der ganze Körper ist von rasch flimmernden Cilien bedeckt; um die Mundöffnung sind diese Cilien viel länger, als auf dem übrigen Körper, und befinden sich in einer lebhafteren Bewegung. An den mikroscopischen Präparaten ist sehr leicht zu sehen, wie der Parasit Nahrung aufnimmt, und wie er seine Excremente entleert. Im Innern des Körpers sind 2 Vacuolen zu sehen, die sich sehr langsam contrahiren; weiter bemerkt man einen Kern, der die Form einer etwas gebogenen Ellipse hat; der Körperinhalt besteht aus kleinen Körnchen und Fetttröpfchen und enthält zuweilen Stärkekörner.

Fig. 1.



Ausserhalb des menschlichen Darmes lebt der Parasit, in seiner ursprünglichen Umgebung, d. h. den menschlichen Excrementen belassen, 12—24 Stunden. Einmal ist es mir gelungen einige Exemplare im Laufe von 36 Stunden lebend zu erhalten; das mit einem Gummituch bedeckte Geschirr mit den Ausleerungen stand in einem gut geheizten Zimmer beim Ofen.

Tote Parasiten aber in ihrer ursprünglichen Form nach der von Jakimowitsch vorgeschlagenen Methode zu erhalten, gelang mir nicht.

Wie ich mich mehrmals überzeugen konnte, geht der Process des Absterbens in der Weise vor sich, dass die Bewegungen des Parasiten selbst, sowie seiner Cilien, immer langsamer werden. Das Thier hört schliesslich ganz auf sich zu bewegen, nimmt oft eine mehr runde Form an, wobei aber das Flimmern der Cilien noch fortdauert, wenn es auch viel langsamer wird; schliesslich hört auch dieses auf; dann quillt aus der Afteröffnung eine kugelförmige Masse des Inhaltes heraus, die immer grösser wird; kleinere Massen dringen auch durch die Mundöffnung und durch die äussere Körperumhüllung hervor; schliesslich zerfällt das ganze Thier vollständig in eine kleinkörnige Masse, die in dem umgebenden Medium nicht mehr erkannt werden kann.

Zwei Mal hatte ich Gelegenheit, den Tod des Parasiten unter dem Mikroscop in einer anderen Form zu beobachten, und zwar begann der Körperinhalt aus der Mundöffnung plötzlich sich mit einer grossen Geschwindigkeit auszuscheiden, wobei der Parasit seine ursprüngliche Form und eine sehr langsame Bewegung der Cilien beibehielt und sich bis zur Hälfte seiner ursprünglichen Grösse verkleinerte; sodann hörte das Flimmern der Cilien vollständig auf und nach 2—3 Minuten verwandelte sich der Parasit in eine körnige formlose Masse, die von dem umgebenden Medium nicht zu differenziren war.

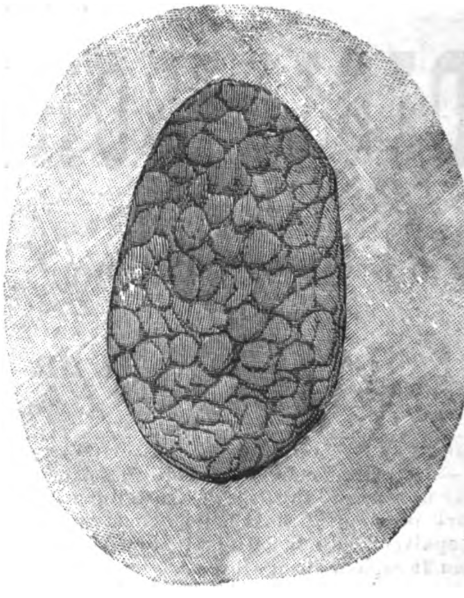
Was die Fortpflanzung und Vermehrung des Balantid. coli anbetrifft, so können dieselben auf dreierlei Weise vor sich gehen: 1) durch Knospung, 2) durch Theilung und 3) durch Conjugation mit gleichzeitiger Encystirung. Die Möglichkeit der Knospung wird übrigens für das Balantid. coli von Leuckart vollständig in Abrede gestellt, und auch mir persönlich trotz fleissigen Untersuchens mit dem Mikroscop, ist es nie gelungen, einen Process zu beobachten, der als Knospung bezeichnet werden könnte.

Was die Vermehrung durch Theilung anbetrifft, so geht dieser Process nach Leuckart so vor sich, dass das Thier sich immer mehr und mehr quer zu seiner Längsaxe zusammenschnürt, wobei an der Einschnürungszone ein Kranz grösserer Cilien erscheint, und an dieser Stelle schliesslich die Theilung vor sich geht. Eine endgültige Theilung unter dem Mikroscop zu beobachten, wo sich das Balantid. coli unter ungünstigen Bedingungen befindet und blos eine kurze Zeit am Leben bleibt, ist mir nicht gelungen: aber ich habe mehrmals Thiere mit bisquitförmigem Körper gesehen, die an der Einschnürungsstelle einen Ring grösserer Cilien trugen.

Was die Conjugation (Copulatio) anbetrifft, so wird dieser Vorgang oft bei den Infusorien beobachtet. Zwei Individuen lagern sich eins neben das andere und verschmelzen zu einem Körper, der sich mit einer deutlich sichtbaren doppelt conturirten Membran umgiebt. Diese Erscheinung wird als Encystirung bezeichnet. In diesem encystirten Zustande sind die Infusorien, ohne ihre Lebensfähigkeit einzubüssen, im Stande, ungünstigen Bedingungen, wie Nahrungsmangel und Austrocknung, zu widerstehen. Darum könnte man die Encystirung der Infusorien als eine Dauerform betrachten. Im Innern einer solchen eiförmigen Membran ist ein progressiver Segmentationsprocess des Inhaltes mit Bildung einer Menge Segmentationskugeln leicht zu erkennen, aus denen bei günstigen Bedingungen ein neues Individuum entstehen kann. Auch diesen Process der Conjugation und Encystirung konnte ich in seinen einzelnen Stadien beobachten, wovon noch weiter die Rede sein wird. (cfr. Fig. 2.)

Was die ganz jungen Individuen anbetrifft, so habe ich weder auf ihre Grösse noch auf ihre Form Hinweise gefunden. Lawrowskaja schreibt, dass sie Gelegenheit hatte in den Fäcalmassen ausser den entwickelten

Fig. 2.



Balantidien noch Gebilde zu beobachten, die etwa 4 mal so gross wie die weissen Blutkörperchen waren, einen körnigen Inhalt und eine Membran hatten, und ausserdem ebensolche, aber grössere Gebilde, mit einer scharf conturirten Membran, mit Kern und Vacuolen, wie in entwickelten Balantidien, die aber keinen Flimmerüberzug hatten und sich nicht bewegten. Ueber die Bedeutung dieser Gebilde kann die Autorin nichts Besonderes sagen. Ich selbst hatte Gelegenheit Gebilde zu beobachten, die halb so gross als entwickelte Balantidien waren, mit Cilien versehen, die sich bewegten, wenn auch nicht so rasch. Vielleicht waren das Uebergangsstadien von den von Lawrowskaja gesehenen Gebilden zu den reifen Parasiten.

Ich schreite nunmehr zur Beschreibung des klinischen Krankheitsbildes. Als vorherrschendes Symptom bei den mit Balantidien behafteten Kranken erscheint der Durchfall, wobei zuweilen bis 20 Ausleerungen in 24 Stunden erfolgen. Der Kot ist flüssig, mit Beimengung von Schleim und unverdauten Nahrungstheilchen, sehr stinkend, enthält zuweilen Blut. Oft haben die Patienten an Tenesmen und Leibschmerzen zu leiden. Letztere localisiren sich besonders in der Ileocoecalgegend und im Gebiete der Flexura sigmoidea. Es kommt zu allgemeiner Schwäche und starker Inanition. Einige Fälle endeten letal. In den Ausleerungen finden wir grössere oder geringere Mengen der oben beschriebenen sich rasch bewegenden Parasiten. Das Balantidium coli kommt übrigens hauptsächlich nicht sowohl in den Fäcalmassen selbst, als vielmehr in den denselben beigemengten Schleimstückchen vor. Dieser Umstand muss bei ber Untersuchung der Ausleerungen in Betracht gezogen werden. Ob irgendwelche Abhängigkeit der Zahl der in 24 Stunden erfolgten Stühle von dem Quantum der am betreffenden Tage in den Ausleerungen vorhandenen Parasiten besteht, ist noch eine Frage, über die sich streiten lässt. So leugnet Waldenström diese Abhängigkeit vollständig, dagegen setzen Heuschen und Ekecrantz die Existenz einer solchen Abhängigkeit ausser jeden Zweifel.

Die Parasiten kommen beim Menschen blos im Dickdarm vor, sodass die Valvula Bauhinii eine Grenze bildet, die von ihnen nicht überschritten wird. Dieses Factum ist durch die Autopsien vollständig sichergestellt. Die Dickdarm-Schleimhaut erscheint entzündet und von einer grösseren oder geringeren Menge gangränöser Geschwüre bedeckt, die die Mucosa und Submucosa durchsetzen, sodass ihr Boden von der Muscularis gebildet wird;

diese Geschwüre sind schmutzig, von Eiter bedeckt, ihre Ränder infiltrirt. Interessant ist der Umstand, dass die Parasiten bei den Autopsien namentlich auf den gesunden Schleimhautpartien gefunden wurden, wogegen sie auf den exulcerirten Stellen entweder in kleinen Mengen (Malmsten), oder auch garnicht (Belfrage) vorhanden waren. Mitter sucht sich das so zu erklären, dass die Parasiten sich blos so lange auf einer bestimmten Stelle der Schleimhaut aufhalten, als die catarrhalische Entzündung derselben durch reichliche Schleimsecretion ihnen ein genügendes Quantum gelöster Nahrung liefert; sobald aber die betreffende Stelle exulcerirt und von Eiter bedeckt wird, bekommen die Parasiten kein genügendes Quantum Schleim mehr und siedeln auf eine andere Stelle über.

Wenden wir uns jetzt zu der Betrachtung der Aetiologie und Prädisposition zu dieser Erkrankung. Das Wenige, was bis jetzt bekannt wurde, zeigt uns, dass als der eigentliche natürliche Wirth des Balantid. coli das Schwein zu betrachten ist, und dass beim Menschen dieser Parasit blos in Ausnahmefällen vorkommt. Infolgedessen erscheint die Voraussetzung sehr natürlich, dass der Ausgangspunkt für die Infection des Menschen in letzter Instanz das Schwein, respect. der Darminhalt dieses Thieres ist. Dabei können natürlich die Wege, auf denen das Balantidium coli aus dem Schweine- in den Menschendarm kommt, entweder directe sein, oder aber soweit verwickelte, dass es nicht in einem jeden einzelnen Falle gelingt, die Quelle der Infection ausfindig zu machen.

Bis jetzt wurde das Balantid. coli immer als Nebenbefund bei solchen Leuten entdeckt, die an schwerer Diarrhoe litten und deren Ausleerungen aus diesem Grunde einer mikroscopischen Besichtigung unterworfen wurden. Es fällt der Umstand sehr auf, dass aus den 44 von mir gesammelten Fällen die Durchfälle äusserst häufig Complication oder Folge anderer primärer Erkrankungen waren, oder aber mit anderen pathologischen Erscheinungen vergesellschaftet vorkamen. So hatten einige Kranke Typhus abdominalis (Stieda, Wachsmuth), andere Cholera, Cholerine, Gastroenteritis (Malmsten, Belfrage), dann Dysenterie (Treille) und schliesslich andere Darmparasiten (Ekecrantz, Sievers). Ein Mal wurde das Balantid. coli bei einem an schwerer Gotthardanämie erkrankten (Graziadei), zwei Mal bei Nephritikern gefunden (Lawrowskaja). In der Literatur sind einige Versuche das Balantid. coli den Thieren in den Darm einzuführen verzeichnet (Wising, Ekecrantz, Raptschewsky, Lawrowskaja), die aber stets ohne Erfolg blieben.

Ich gehe jetzt an die Beschreibung der von mir beobachteten Fälle.

Im Laufe des academischen Jahres 1894/5 wurden in der hiesigen Poliklinik des Herrn Prof. Dehio 2 Fälle von Balantid. coli beobachtet.

I Fall. Bei einem Manne, der die poliklinische Hülfe wegen starker Diarrhoe aufgesucht hatte und bei dem ausser dem Balantid. coli noch ein Botriocephalus latus constatirt wurde. Patient entzog sich der weiteren Beobachtung, sodass ich über ihn nichts Genaueres aussagen kann.

II. Fall. Eine Frau, die an starker Diarrhoe leidet; in ihren Ausleerungen fand sich eine Menge sich rasch bewegender Balantidien, die den Zuhörern der poliklinischen Ambulanz demonstrirt wurden. Leider kam Patientin, die noch während der Untersuchung ihrer Fäcalien mit einem ihr verschriebenen Recept die Ambulanz verlassen hatte, nicht mehr zurück. sodass es mir nicht gelungen ist, genaue anamnestische Daten zu sammeln.

III Fall. Am 2. März 1896 trat in die Hospitalklinik des Herrn Prof. Dehio und begab sich in meine Behandlung. G. J., 60 a. n., Gärtner; die letzten 5 Jahre ist Patient Lohnarbeiter gewesen; er hatte sich weder in Fleisch-, noch in Wursthandlungen beschäftigt. In seinem 45. Lebensjahre hatte er an Bandwürmern gelitten, die ihm abgetrieben wurden: danach bemerkte er keine Abweichungen weder in den Darmfunctionen noch in dem Stuhle selbst. Die jetzige Krankheit begann am 21. Februar 1896 mit starkem Durchfall (20—30 Stühle in 24 Stunden), Tenesmen und Erbrechen. Die Ausleerungen waren gelb verfärbt, stark stinkend; in den 2 ersten Krankheitstagen bemerkte Patient Blutbeimengungen im Stuhle. Er liess sich zuerst zu Hause behandeln, wo er Ricinusöl, Opium, Magist. Bismuthi, Tannin etc. bekam; der Durchfall hörte aber nicht auf. Am 28. Februar erschien im Stuhle ein grosses Stück Botriocephalus lat.

Status präsens. 4. März 1896. Patient von mittlerem Wuchs, kräftigem Knochenbau, schlechter Ernährung; wenig Unterhautfettgewebe, Muskulatur welk; Haut rein, trocken; die sichtbaren Schleimhäute etwas blass. Temp. 37,6, Puls 100, R. 24. Der Brustkorb ist regelmässig gebaut; Supra- und Intraclaviculargruben und Zwischenrippenräume eingesunken. Auf den Lungen lauter Percussionsschall; das Lungenvolumen etwas vergrössert; Athmung vesiculär, viel trockene Rasselgeräusche, zuweilen Giemen. Der Puls ist frequent, von mittlerer Höhe und Spannung; Spitzenstoss weder sicht- noch fühlbar; Herzdämpfung klein; Herztöne rein, leise. Zunge belegt, zur Trockenheit neigend: kein Appetit, starker Durst. Leib eingefallen, besonders in seinem unteren Theile; bei der Palpation hört und fühlt man Gargouillement, namentlich in der Ileocoecalgegend. Starker Durchfall: in den letzten 24 Stunden 15 flüssige dunkelgelbe stark stinkende Ausleerungen; bei der mikroscopischen Durchmusterung derselben finden sich Eier vom Botriocephalus latus und eine Menge Balantidien.

Bei der Defäcation fühlt Patient Schmerzen im After, wo sich Haemorrhoidalknoten nachweisen lassen; bei der Rectaluntersuchung sind keine Geschwüre gefunden worden. Der Schlaf ist infolge häufigen Stuhldranges schlecht.

Ordination: Bettruhe und Milchdiät.

Bei mehrmaliger mikroscopischer Untersuchung der Fäces finden sich stets in denselben Botriocephaluseier und eine riesige Menge Balantidien.

9. März. Pillen aus Pulv. rhiz. filic. mar. med. Extr. fil. mar. aether. aa 2,0; in dem darauffolgenden Stuhle fanden sich einige Stücke des halbverdauten Bandwurmes, seine Eier und Balantidien; Letztere in einer geringeren Quantität.

10. März. Durchfall dauert noch fort.

11. März. Durchfall hat aufgehört.

13. März. In den Ausleerungen lassen sich einzelne lebende Balantidien mit Mühe finden, dagegen aber eine grosse Zahl encystirter Formen; keine Botriocephaluseier.

14. März. Trotz des künstlich hervorgerufenen Durchfalls, lassen sich lebende Parasiten nur sehr spärlich finden; encystirte Formen in Mengen.

16. März. Patient verlässt auf seinen Wunsch die Hospitalklinik.

18. März. Der Durchfall erneuerte sich und in dem vom Patienten mir zugestellten Stuhle sind wieder Balantidien constatirt worden.

29. Exitus letalis. In den 3 letzten Lebenstagen verstärkte sich der Durchfall ausserordentlich, im Stuhle zeigte sich Blut und der Patient starb unter den Erscheinungen des Collapses.

31. März. 48 Stunden post mortem Eröffnung der Bauchhöhle. Abgemagerte Leiche; Bauch von Gasen aufgetrieben, Bauchdecken gespannt, auf denselben livide Todtenflecken. Im kleinen Becken ca. 200 cbctm. einer trüben bräunlichen Flüssigkeit; Lage der Eingeweide normal; das grosse Netz wenig fettreich; Peritoneum überall glatt und spiegelnd. Magen von mittlerer Grösse, enthält blos Luft; seine Wände ziemlich dünn; Schleimhaut blass, von einer dünnen Schicht Schleim bedeckt, im Uebrigen ohne Veränderungen. Im oberen Theile des Jejunum galliger dicker, im unteren Theile mehr blasser Inhalt von dicker schleimiger Consistenz. Ileum fast leer; blos in seinem untersten Theile flüssiger schieferiggrauer Inhalt, der an der Valvula Bauhinii eine ganz schwarze Farbe annimmt; die Schleimhaut des ganzen Dünndarms blass, ohne besondere Veränderungen, von stinkenden Gasen gefüllt. Dickdarm gleichfalls überall von Gasen aufgetrieben; er enthält eine grosse Menge flüssigen schwarzgrauen Inhaltes, der sehr an zersetztes Blut erinnert. Die Schleimhaut des Blinddarmes und des aufsteigenden Theiles des Dickdarmes ist ziemlich blass, auf der Höhe der Falten geschwollen, von einer Menge runder erbsen- bis bohnengrosser Geschwüre, die bis zur Muscularis eindringen, durchsetzt; die Ränder dieser Geschwüre sind mässig infiltrirt; auf der Höhe der Falten unregelmässiger streifenförmiger Zerfall des Gewebes, der den Eindruck einer postmortalen Verwesung macht. Weiter nach unten, namentlich im absteigenden Theile des Dickdarmes und im S romanum, ist die Schleimhaut dicksulzig infiltrirt und von einer Menge Haemorrhagien durchsetzt, sodass sie eine vollständig dunkelschwarze Farbe hat: ausserdem eine riesige Menge grösserer und kleinerer, oberflächlicher oder tiefergreifender, nirgends aber perforirender Geschwüre. Bei der Untersuchung des Darmes sind keine Bandwürmer gefunden worden. Milz und Leber nicht vergrössert, ihre Form ohne Veränderungen. Im Dickdarminhalt sind unter dem Mikroscop eine

Menge theils gut erhaltener noch gefärbter geschrumpfter rother Blutkörperchen, theils farbloser Stromata derselben zu sehen. Parasiten, speciell Balantidien, sind weder im Darminhalt, noch in dem von der Schleimhaut abgeschabten Schleim zu finden.

IV. Fall. G. N., 58 a. n., Bauer, beschäftigt sich mit Feldarbeiten; in seiner Wirthschaft hat er 4 Schweine, die er selbst verpflegt. Bis zum vorigen Jahre war er stets gesund. Am 22. November 1895 kamen mit den Ausleerungen 2 Arschin Bandwurm heraus; bald darauf, nach schwerer Arbeit, fühlte er Schmerzen in der Ileocoecalgegend; es stellte sich Durchfall, bis zu 13 Stühlen in 24 Stunden, ein. Zum December 1895 besserte sich sein Zustand etwas, die Schmerzen wurden geringer, die Ausleerungen seltener und nahmen eine breiige Consistenz an; aber Anfangs Januar d. J. kamen die Schmerzen wieder und die Zahl der flüssigen Ausleerungen stieg auf 10 in 24 Stunden. Patient wandte sich an poliklinische Hülfe; er bekam Aq. chloroform. 1,0 : 100,0, worauf sich sein Zustand etwas besserte; aber zum April verschlimmerte sich derselbe wieder dermassen, dass Pat. in die Hospitalklinik eintrat.

Status präsens. Pat. von kräftigem Knochenbau, mässiger Ernährung. Lid- und Lippenschleimhaut genügend tingirt. Gesichtsausdruck wenig intelligent. Die Respirationsorgane bieten nichts Abnormes dar. Puls etwas verlangsamt, klein, Pulswelle niedrig. Temporalarterien geschlängelt. Herz nicht vergrössert; Herztöne rein. Appetit gut, kein Durst; nach dem Essen unbedeutendes Aufstossen von Gasen; kein Sodbrennen, kein Erbrechen; Zunge etwas belegt, feucht. Leib etwas eingesunken; Bauchdecken sehr schlaff; bei der Palpation leichte Empfindlichkeit nur in der Gegend des Coecum und des S romanum; der Darm ist mit Flüssigkeit gefüllt, deutliches Gurren. Milz und Leber nicht nachweislich vergrössert. Ausleerungen von breiiger Consistenz, von gelblichbrauner Farbe, mit ziemlich reichlicher Schleimbeimengung, wenig stinkend; bei der mikroscopischen Untersuchung finden sich in ihnen Balantidien in der Zahl von 5—7 in einem Gesichtsfelde (Reichert, ocul. 4, object. 3). Schlaf gut; keine Kopfschmerzen. Sehnenreflexe, Tast- und Schmerzsinn erhalten, Pupillen reagiren gut und rasch.

Ordinat.: Bettruhe, Milchdiät, Hafertumm und Thee mit Weissbrod; von den Medicamenten blos Tinct. valer. aether. 3×30 gtts. In den 5 ersten Tagen des Aufenthaltes des Patienten im Hospital blieb die Zahl der Ausleerungen, sowie die der Parasiten, dieselbe. Am 6. Tage blos eine breiige Ausleerung mit 3—4 Exemplaren von Balantid. coli in einem Gesichtsfelde.

2. Mai. Wasserklysma, wonach ziemlich feste Kotstücke zum Vorschein kamen; in der zweiten, breiigen Ausleerung lassen sich nur mit Mühe einzelne Parasiten finden.

4. Täglich 2 Ausleerungen; zuerst kommen feste Kotstücke, dann breiiger Inhalt. Trotz fleissigen Suchens ist kein Balantidium gefunden worden. Am selben Tage verliess Pat. auf seinen eigenen Wunsch die Hospitalklinik.

V Fall. Ch. U. 65 a. n., Milchbudenbesitzer, behauptet stets gesund gewesen zu sein. Vor Weihnachten 1895 schlachtete er ein Schwein und bereitete daraus Würste zu, wobei er selbst die Schweinedärme reinigte; darauf Durchfall, bis zu 20 Ausleerungen in 24 Stunden, in dem Stuhle eine Menge Balantid. coli; der Durchfall schwindet für einige Zeit, kommt aber dann bald stärker bald schwächer wieder.

Dieser Kranke suchte blos ein mal meine Ambulanz auf, sodass ich über seinen weiteren Gesundheitszustand nicht viel berichten kann; zufällig habe ich nur erfahren, dass der Durchfall sich nach Anwendung der dem Patienten empfohlenen Wasser-Lavements und Einnahme von Aq. chloroform. etwas verringerte.

VI. Fall. T. N., 50 a. n, Koch; machte in seinem 16 Lebensjahre die Pocken durch; in seinem 19. und 46. Lebensjahre hatte er Lungenentzündung; zum 3. Mal bekam er dieselbe im Februar 1896. Die letzten 20 Jahre leidet er an Verdauungsstörungen; oft erschienen im Stuhle Botriocephalusstücke; beim Gebrauche gesalzener und geräucherter Nahrung Uebelkeit, die zuweilen zum Erbrechen führt; eine Bandwurmkur hat Pat. nie durchgemacht. Vor 4 Jahren hatte er einen ziemlich starken Durchfall; damals arbeitete er bei einem Töpfer, der in seiner Wirthschaft Schweine hatte, die übrigens nicht vom Patienten verpflegt wurden; der Durchfall hörte bald auf und darauf bemerkte Pat. keine besonderen Abweichungen in seinen Darmfunctionen. Im October 1894 trat er die Stelle eines Koches auf einem Gute in Estland an; hier hatte er sich viel und oft mit der Zubereitung von Würsten aus Schweinefleisch zu beschäftigen, wobei er stets rohe ungewaschene Schweinedärme aufblasen musste, was er immer direct mit dem Munde that. Vom November 1894 ab wurde die Consistenz seines Kotes breiig, die Zahl der Ausleerungen in 24 Stunden 2—4; oft hatte er Durchfall; zuerst war der Stuhlgang schmerzlos, später kamen aber Tenesmen hinzu. Dieser Zustand dauerte bis Anfang Februar d. J. fort, wo er sich wieder eine Lungenentzündung zuzog; dabei steigerte sich auch der Durchfall, so dass Pat. an manchen Tagen bis zu 20 Ausleerungen hatte. Der Durchfall dauerte ununterbrochen bis zum Eintritt des Pat. am 9 Mai 1896 in die Hospitalklinik fort. In den 3 ersten Maitagen gingen grosse Mengen Botriocephalus latus ab [2]).

Status präsens. 10. Mai 1896. Pat. von mittlerem Wuchs, kräftigem Knochenbau, stark abgemagert; wenig Unterhautzellgewebe, Muskulatur welk, atrophisch. Hautdecken äusserst blass, Haut glänzend, namentlich die Bauchhaut, trocken, warm. Die sichtbaren Schleimhäute blass. Keine Oedeme Temperatur 37,3. Puls 114. R. 42. Körpergewicht 51,3 Kilo.

Brustkorb regelmässig gebaut; Athmung frequent, von normalem Typus; Lungen etwas vergrössert, Percussionschall laut, keine Dämpfungen, Athmung vesiculär, Exspirium verlängert; viel klein- und mittelblasige Rasselgeräusche, stellenweise Giemen und Pfeifen; ziemlich starker Husten, reichlicher schleimig-eitriger Auswurf, der in grossen Klumpen abgeht.

Puls beschleunigt, leicht unterdrückbar; Pulswelle ziemlich niedrig; leichte Sclerose der peripheren Arterien. Spitzenstoss nicht sichtbar, schwach fühlbar an der normalen Stelle; Herzdämpfung klein (das Herz ist von den Lungen überlagert); Herztöne rein, aber sehr leise. Appetit vorhanden, kein besonderer Durst; im Munde ein fader Geschmack. Zunge rein, feucht; Abdomen nicht aufgetrieben, bei der Palpation Empfindlichkeit in der Gegend des Dickdarmes; bei der Untersuchung per rectum ist ausser der Auflockerung der Schleimhaut nichts Besonderes zu constatiren. Leber etwas vergrössert, auf Druck schmerzhaft. Häufiger Stuhlgang (9); die Ausleerungen sind flüssig, stinkend, enthalten Schleim und Eiter; bei der mikroscopischen Untersuchung finden sich eine Menge Eier vom Botriocephal. lat. und Balantid. coli in der Zahl von 4—6 in einem Gesichtsfelde (Reichert, Ocul. 4, Object. 3).

Urin reagirt sauer, eiweissfrei.

Pat. befand sich in der Hospitalklinik vom 9. Mai bis zum 22. August d. Jahres. Aus dem Krankheitsverlauf sei folgendes mitgetheilt.

10. Mai Ordinat: Bettruhe; Hafersuppe, Milch und Reisbrei; von den Arzneien T-ra Valer. aether. 3×30 gtt. und T-ra Strammonii, T-ra opii spl., Liqu. Ammon. anisat. aa 3×30 gtt.

15. Mai. Durchfall dauert fort; im Stuhle 20—40 Parasiten in einem Gesichtsfelde. Um 10 Uhr Morgens 15 Pillen aus

Extr. Filic. mar. aether
Pulv. Rhiz. Filic. mar. aa 2,0.
Extr. et Succ. Liquir. q. s. ad pil. Nr. 30.

Um 1 Uhr Mittags und 7 Uhr Abends gingen Stücke von Botriocephal. lat. ab.

16. Mai. Um 8 Uhr Morgens wieder dieselben Pillen. Starker Durchfall; es gingen 2 Exemplare Botrioceph. lat. ab; in jedem folgenden Stuhle wird die Zahl seiner Eier geringer; in den Abends erfolgten Ausleerungen lassen sich gar keine Eier finden. Die Zahl der Balantidien ist dieselbe. In einem der Stühle sind einige ganz runde Exemplare gefunden worden, die halb so gross wie gewöhnliche Balantidien waren; an ihnen sind 2 Vacuolen und rasch flimmernde Cilien sichtbar; der Parasit selbst bewegt sich äusserst langsam, dagegen ist die Bewegungsgeschwindigkeit der eine natürliche Grösse bietenden Parasiten die gewöhnliche.

17. Mai. Durchfall. Keine Botriocephaluseier. Eine Menge lebender Balantidien und einige encystirte Formen.

18. Mai. Die Balantidien bewegen sich weniger lebhaft; es kommen auch auffallend grosse Exemplare vor. Geringes Oedem beider Unterschenkel.

19. Mai. Klysma aus 10,0 Natr. bicarbon. auf 1½ L. Wasser. Die Blutuntersuchung ergab 40% Haemoglobin (Fleischl) und 1,200,000 rothe Blutkörperchen (Thoma-Zeiss).

22. Mai. Diarrhoe geringer: nicht mehr als 4 breiige Stühle in 24 Stunden. Balantid. coli in der Zahl 5 in einem Gesichtsfelde. Starker Husten.

23. Mai. 2 breiige Ausleerungen; eine Menge encystirter Formen; wenig lebende Parasiten.

25. Mai 3 flüssige Stühle; sehr wenig lebende Parasiten; keine encystirten Formen zu finden.

27. M. Die in den Ausleerungen vorhandenen Parasiten haben eine geringere Grösse, als die früheren. Oedem der Füsse hat zugenommen. Puls schwach.

28. Mai. Klysma aus 10,0 Natr. bicarbon. auf 1½ L. Wasser; eine Stunde danach ein Klysma aus 1½ L. einer 1‰ Chininlösung.

30. Mai. Täglich Klysmen, wie am 28. Mai. In den Ausleerungen sehr wenige Balantidien. Starkes Oedem der Unterschenkel. Puls schwach. Ordinat.: Infus. fol. Digital. 0,5:100,0, dreistündlich 1 Esslöffel.

31. Mai. Kein Balantid. coli zu finden.

[2]) Interessant ist es, dass laut Erzählungen des Pat. eine Frau, die sich auf demselben Gute mit der Reinigung der Schweinedärme beschäftigt, an starker Diarrhoe leidet, wobei sie 8—10 flüssige Stühle täglich, Leibschmerzen und Tenesmen hat.

3. Juni. Wenig Parasiten. Es werden weiter keine Klysmen verordnet, weil sie dem Patienten Schmerzen verursachen.
4. Juni. Oedem geringer. In den flüssigen Ausleerungen eine Menge Balantidien.
5. Juni. Ordinat.: Flores Cinae 1,0, täglich 3 Pulver.
8. Juni. Wenige lebende Parasiten, viele unbewegliche.
9. Juni. Kein Balantid. zu finden.
12. Juni. Kein Balantid. coli zu finden.
22. Juni Die Blutuntersuchung ergab 40% Haemoglobin, 1,200,000 rothe Blutkörperchen
29. Juni. Auf den Lungen viele Rasselgeräusche: Puls schwach; Hydrops anasarka; bei der Blutuntersuchung sind Poikilocytose und birnförmige Blutkörperchen gefunden worden (Anaemia gravis).
Im Harn viel Indican. Durchfall; die Ausleerungen enthalten Schleim und etwas Eiter; keine Balantidien; dagegen eine Menge kleiner Parasiten, die ich, mich nach der Beschreibung Leuckart's richtend, für Megastoma entericum halte. Ordinat.: Flor. Cinae 1,0, täglich 3 Pulver.
1. Juli. Wenige Megastom. Keine Cinapulver mehr verordnet.
2. Juli. Megast. enteric. nicht gefunden.
10. Juli. Im laufe der letzten Woche hat sich der Durchfall etwas vermindert. In den Ausleerungen sind wieder Megastomen gefunden worden.
12. Juli. Die Blutuntersuchung ergab 40% Haemoglobin, 1,450,000 rothe Blutkörperchen; Poikilocytose hat abgenommen: Oedeme geringer, allgemeiner Zustand besser Ordinat.: Spirit. aether. 3×20 gtt. und Wein.
18. Juli. Im Stuhle kein Eiter, weniger Schleim. Ausleerungen breiig, 2 in 24 Stunden. Im Harn kein Indican. Puls schwach, Oedeme noch ziemlich stark. 24-stündiges Urinquantum verringert.
19. Juli. In den stark stinkenden Ausleerungen (2) wenig Schleim, eine Menge encystirter Balantidien.
24. Juli. Starkes Oedem der unteren Extremitäten, des Penis und Scrotums. Puls schwach. Ordinat.: 10% Solut. Diuretini, zweistündlich 1 Esslöffel, und Massage der unteren Extremitäten.
1. August. In den flüssigbreiigen Ausleerungen eine ziemliche Menge Megastom. Nach Gebrauch von Diuretin erreichte das 24-stündige Urinquantum die Norm; Oedeme sind blos noch an den Füssen geblieben: das Körpergewicht hat sich um 4,9 Kilo verringert Puls kräftiger. Husten weicher; auf den Lungen viele Rasselgeräusche.
4. August. Täglich 2 Ausleerungen; kein Eiter, wohl aber Schleim, zuweilen in grossen Quantitäten; Megastom. enter. in mässigen Mengen; weder lebende noch encystirte Balantidien zu finden.
10. August. Diät: Fleischsuppen mit Weissbrod. Harnmenge normal.
20. August. Täglich 2—3 breiige wenig stinkende Ausleerungen, die Megastomen enthalten. Puls klein.
22. August. In den Ausleerungen kein Eiter, keine Balantidien; Megastomen wie früher. Kaum merkbares Oedem der Füsse. Starke Blässe der Hautdecken und Schleimhäute. Auf den Lungen viele Rasselgeräusche; Husten wie früher. Puls etwas schwach.
Patient verlässt die Hospitalklinik.

VII. Fall. E. B., Wittwe, 68 a. n., Hausfrau. War früher stets gesund. Vom Weihnachten 1895 an ständige Diarrhoe: 3-8 flüssige Stühle täglich, die Schleim und zuweilen Stückchen geronnenen Blutes enthalten; Leibschmerzen; vom Frühjahr an bemerkt sie jeden Abend Anschwellung der Füsse. Sie besass ein Ferkel, das sie selbst verpflegte und vor Weihnachten schlachtete: bei der Bearbeitung des Fleisches zu Wurst wusch und reinigte sie selbst die Därme und um sie aufzublasen, nahm sie sie direct in den Mund.
In den Ausleerungen der Patientin fand ich eine grosse Menge Balantidien.

— Die oben angeführten Krankengeschichten lehren uns manches Interessante.

So sehen wir, dass bei 4 von unseren 7 Kranken ausser den Balantidien noch Botriocephalus latus gefunden wurde; bei einem der Kranken ausserdem auch noch ein Parasit, den ich für Megastoma entericum halte. Was den Botriocephalus anbetrifft, so muss ich bemerken, dass alle meine Patienten in den Ostseeprovinzen wohnhaft sind, in welchen dieser Bandwurm äusserst oft angetroffen wird.

Man gewinnt den Eindruck, dass das Balantidium coli sich mit Vorliebe in einem solchen Darme einnistet und seine deletäre Wirkung entfaltet, welcher von einem anderen schädlichen Agens bereits angegriffen worden ist; in unseren Fällen — vom Botrioceph. lat. Es ist anzunehmen, dass viele Leute das Balantid. coli zufällig in ihren Darm einführen. dass dasselbe sich aber nur bei solchen Individuen vermehrt, die schon an einer aus anderen Ursachen stammenden Darmerkrankung laboriren.

Was die Quelle der Infection anbetrifft, so hält die Mehrzahl der Autoren für dieselbe das Schwein: von unseren Fällen weisen die Fälle IV., V., VI. und VII. auch auf diese Ursprungsquelle hin, die beiden letzten sprechen sogar direct für diesen.

Es wäre sehr interessant zu erfahren, wie oft das Balantid. coli in den übrigen Gouvernements Russlands vorkommt, besonders in denjenigen, in welchen die Schweinezucht getrieben wird. In den Ostseeprovinzen scheint dieser Parasit nicht so selten vorzukommen, als es bisher angenommen worden ist.

Es ist wichtig nicht ausser Acht zu lassen, dass die Ausleerungen der Patienten möglichst bald nach ihrer Herausbeförderung untersucht werden müssen, da die Parasiten in kaltgewordenen Dejectionen absterben und gänzlich zerfallen.

Was die Pathogenität des Balantid. coli anbetrifft, so glaube ich, dass dieselbe keinem Zweifel unterliegt; das Hauptsymptom der Anwesenheit vom Balantid. coli — der Durchfall — hört mit dem Verschwinden der Parasiten auf; mit dem Aufhören des Durchfalles weichen auch alle anderen krankhaften Erscheinungen; beim Wiederauftritt des Durchfalles (III. Fall) finden wir wieder in den Ausleerungen Balantidien. — Ich glaube, dass das kein Zufall, sondern eine causale Nothwendigkeit ist. Die Vermehrung der Zahl der Parasiten verstärkt offenbar den Durchfall. Daraus braucht natürlich nicht der Schluss gezogen zu werden, dass die Zahl der in den Ausleerungen gefundenen Parasiten immer derjenigen der Stühle in den betreffenden 24 Stunden proportional sein muss; es ist möglich und auch wahrscheinlich, dass die Parasiten in den Fältchen der Darmschleimhaut stecken bleiben und sich daselbst vermehren können, ohne in den Ausleerungen in vergrösserter Menge zu erscheinen. So muss man sich auch erklären, dass wir zuweilen bei 8—10 flüssigen Ausleerungen in 24 Stunden eine kleinere Zahl Parasiten finden, als in 1—2 breiigen Stühlen an einem anderen Tage. Hier muss einerseits die obengenannte rein mechanische Ursache, andererseits das Quantum Schleimes, das jedesmal mit dem Stuhle abgeht. in Betracht gezogen werden: es ist bekannt, dass die Parasiten hauptsächlich im Schleime ihren Sitz haben. Im Allgemeinen aber hängt der Durchfall zweifellos von der Anwesenheit der Balantidien im Darme ab; wenn Kranke auch vor der Infection mit diesem Parasiten an Durchfällen litten, so verstärkten sich letztere bedeutend. Dafür sprechen viele in der Litteratur beschriebene, sowie auch meine eigenen Fälle.

Wenn ich mich jetzt an die Frage von der Behandlung der Durchfälle und anderer krankhafter Erscheinungen, die von der Anwesenheit des Balantid. im Darme abhängig sind, wende, so muss ich sagen, dass bis jetzt noch kein ganz zuverlässiges Mittel gefunden worden ist.

Da es sich bei der Infection mit dem genannten Parasiten um das Bild einer Colitis oder eines ulcerösen Processes im Dickdarme handelt, so wurden die Heilmittel hauptsächlich in Form der Clysmen angewandt. Zu Letzteren wurden Schwefel-, Salz-, Essig-, Carbol-, Gallus- und Salicylsäure, dann Sublimat, Soda und Chinin verwendet. Per os wurden Calomel, Salol und Chinin eingegeben. Die besten Resultatete sah man von der Behandlung mit Salicylsäure (Raptschewsky, Lawrowskaja), Chinin (Ortmann, Runeberg) und Tannin (Henschen). Roos's Patient wurde nach Gebrauch von 0,1 Calomel 2—4 × tgl. gesund.

Ich behandelte meine Patienten etwas anders. So bekam der Pat. G. J. (III. Fall) zuerst Filix mas, als Abtreibungscur gegen den Botriocephal. lat. In der nach

der Einnahme der Medicin erfolgten Ausleerung wurde der Bandwurm gefunden; Balantidien waren weniger wie früher; am 5. Tage nach der Einnahme der Farrnkrautwurzel hörte der Durchfall auf, in den Ausleerungen liessen sich nur mit Mühe einzelne lebende Balantidien auffinden, dagegen aber eine grosse Menge encystirter Formen.

Diese letzeren haben die Gestalt eines farblosen Ovoids (Fig. 2.[3]), das von der ihn umgebenden gelblich verfärbten Fäcalmasse scharf absticht; seine Grösse übersteigt um das zwei- sogar dreifache diejenige eines lebenden Infusors; es ist an ihm eine doppelt conturirte Membran deutlich zu bemerken; sein Inhalt erscheint in einzelne runde Körper zerlegt und erinnert vollständig an das Bild eines embryonalen Segmentationsprocesses; einige kleinere Exemplare haben eine fast runde Gestalt. Diese Cysten lassen sich in einfachen mikroscopischen Präparaten. die mit Asphaltlack umrandet sind, ziemlich lange aufbewahren.

Soweit mir bekannt ist, sind encystirte Formen beim Menschen vor mir noch nie beschrieben worden.

Der Uebergang der Parasiten in den encystirten Zustand spielt bekanntlich die Rolle des Schutzes der Thiere gegen Einflüsse der Aussenwelt; zu der Zeit geht der Process der Vermehrung vor sich, die Widerstandsfähigkeit des Parasiten schädlichen Agentien gegenüber steigt. Interessant ist es, dass bei 2 von meinen Kranken (III u VI) encystirte Formen nach Eingabe von Filix mas gefunden wurden. Es macht den Eindruck, als ob das Filix mas ein Gift für das Balantid. coli wäre, welches die Parasiten eine widerstandsfähigere Form anzunehmen — sich zu encystiren — zwingt. Jedenfalls giebt das post hoc die Veranlassung, nächstens zu untersuchen, ob in diesen Fällen auch ein propter hoc zu constatiren ist. Bei dem Kranken, von dem im Falle V die Rede ist, verschwanden allmählich nach Einnahme von Filix mas, nachdem encystirte Formen in den Ausleerungen erschienen waren, sowohl die Parasiten selbst, wie auch die Cysten.

Es ist sehr leicht sich ein vollständiges Verschwinden der encystirten Formen aus dem Darme vorzustellen, da sie, indem sie gar keine Zeichen ihrer Lebensthätigkeit äussern, im Darmkanale als gewöhnlicher Fremdkörper erscheinen, dessen Entfernung auf rein mechanischem Wege geschieht. Anders ist mit dem Verschwinden lebender Parasiten. Hier haben wir es mit lebenden Wesen zu thun, die sich frei und energisch bewegen, stets ihren Aufenthaltsort wechseln, die auch folglich befähigt sind, einer rein mechanischen Art ihrer Entfernung aus dem Darme Widerstand zu leisten. Man muss sie also zuerst abtötden, oder wenigstens ihre Lebensfähigkeit herabsetzen. Ob das Filix mas eine derartige Wirkung zu entfalten im Stande ist, bleibt fraglich; es genüge, wenn ich indessen die Vermuthung ausspreche, dass der Gebrauch der Farrnkrautwurzel einen Einfluss auf den Uebergang der Parasiten in die encystirte Form, den Zustand äusserlicher Ruhe, zu haben scheint A priori erscheint eine derartige Wirkung des Filix mas durchaus nicht undenkbar, da wir ja wissen, dass dieses Mittel die Fähigkeit hat, eine analoge Wirkung auch auf andere niedrigstehende Parasiten, wie z. B. verschiedene Bandwurmformen, zu üben.

Im VI. Falle hatte ich Gelegenheit eine deutliche Wirkung auch von Flor. Cinae zu beobachten. Nach Einnahme dieses Mittels wurden die Balantidien bewegungslos und anscheinend todt gefunden, und nach einiger Zeit verschwanden sie auch aus den Ausleerungen vollständig. Diesen Kranken beobachtete ich danach noch 1½ Monate, konnte aber nie mehr in seinen Ausleerungen Balantidien finden.

Dem IV. von meinen Kranken wurden blos Bettruhe, leichtverdauliche Kost und Tinct. Valer aether. verordnet. Die Zahl der Parasiten nahm am 6. Tage bedeutend ab, am 10 verschwanden sie vollständig, der Durchfall hat aufgehört.

Diesen Fall muss ich zu den leichten zählen, da der allgemeine Zustand des Kranken nicht viel gelitten hatte, und in den Ausleerungen weder Eiter noch Blut gefunden wurde; Dank dem letzten Umstande kann ich einen ulcerösen Process im Darmcanale mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen und muss blos eine gewöhnliche catarrhalische Colitis voraussetzen. — Mir scheint, dass das Verschwinden der Parasiten kein endgiltiges war; es ist möglich, dass die Parasiten beim Uebergange des Kranken in die früheren Lebensbedingungen beim Gebrauche von roher schwerverdaulicher Nahrung, wieder in den Ausleerungen erschienen sind. Leider konnte ich bis jetzt mir keine Nachrichten über den gegenwärtigen Gesundheitszustand dieses Kranken verschaffen. Auf die Wahrscheinlichkeit meiner Voraussetzung deuten jedenfalls viele von den in der Literatur vorhandenen Krankengeschichten.

Was den Krankheitsverlauf anbetrifft, so sehen wir, dass die Schwere der Erkrankung sehr verschieden ist: von den leichtesten Colitiserscheinungen kann es, wie in meinem VI. Falle, zu den Erscheinungen einer schweren ulcerösen Schleimhautentzündung, verbunden mit starker Inanition des Kranken, kommen. So ein ulceröser Process, stark vernachlässigt, kann natürlich entweder in Folge von Inanition, oder in Folge einer Darmblutung, wie in meinem III. Falle, zum Exitus letalis führen. Bei der Obduction welche in diesem Fall ausgeführt wurde, ist eine grosse Menge von Geschwüren im Dickdarm gefunden worden, die bis zur Darmmuscularis reichten; im unteren Dünndarm- und im oberen Dickdarmtheile Reste theils frischen theils bereits zersetzten Blutes; die mikroscop. Präparate, die ich den exulcerirten Stellen der Schleimhaut entnommen habe, zeigen das Bild eines entzündlichen, ulcerös-eitrigen Processes; der Boden der Geschwüre wird von der Darmmuscularis gebildet, die Ränder sind aufgeworfen, in der Umgebung eine deutliche kleinzellige Infiltration.

Wir sehen also, dass wir das Balantid. coli zu denjenigen Parasiten zählen müssen, deren Einnistung im menschlichen Organismus für denselben nicht ohne Bedeutung ist.

Ich glaube, dass dieser Parasit garnicht so selten vorkommt, als es bis jetzt angenommen worden ist; dass er bisher so selten beobachtet wurde, daran ist zweifellos der Umstand schuld, dass auf ihn so selten gefahndet wird.

Ich glaube, dass, wenn wir uns zur Aufgabe machen werden, in einem jeden Falle mehr oder weniger lange dauernder Störung der normalen Darmfunction die Ausleerungen (NB. frisch!) mikroscopisch zu untersuchen, wir viel häufiger als bisher Darmparasiten im Allgemeinen und dem Balantid. coli speciell begegnen werden.

Auf diese Weise wird die Parasitologie des Darmes zweifellos Fortschritte machen, und wir werden folglich im Stande sein, unsere Therapie der Darmerkrankungen in vielen Fällen rationeller und zweckentsprechender durchzuführen.

Literaturverzeichniss:

1. J. Mitter. Beitrag zur Kenntniss des Balant. coli im menschlich. Darm. Inaug.-Dissert. Kiel. 1891.

[3]) Es sei bemerkt, dass die Fig. 2 der encystirten Form von meinen mikroscop. Präparaten mit Hilfe der Zeiss'schen Zeichenkammer gemacht worden ist; dagegen die Abbildung des lebenden Parasiten Fig. 1 nach Malmsten und nach dem Gedächtniss reproducirt worden ist, da es unmöglich war lebende Parasiten unter dem Mikroscop zu fixiren.

2. P. H. Malmsten. Infusorien als Intestinal-Thiere beim Menschen. Virch. Arch. Bd. XII. 1857.
3. L. Stieda. Ueber d. Vorkomm. von Paramaec. coli beim Menschen. Virch. Arch. Bd. XXXVI. 1866.
4. W. Ekecrantz. Nordiskt medizinskt Arkiv. Bd. I. Nr. 20.
5. Belfrage. Upsala Läkarefören. forhandlingar. Bd. V. 1869.
6. Windblad. Ibidem.
7. Wising. Nordiskt mediz. Arkiv. Bd. III. 1871.
8. Petersen. Upsala Läkareförenings forhand. Bd. VIII. 1873.
9. Henschen. Ibidem. Bd. X. 1874.
10. Treille. Archiv de médec. navale. V. XXIV. 1875.
11. Graziadei. Arch. per le scienze med. V. IV. 1880.
12. Raptschewsky. Wratsch. 1880 und Mediz. Westnik. 1882.
13. Nieden. Centralbl. für klin Medic. 1881.
14. Lösch St.- Petersb. medic. Wochenschr. 188'.
15. Sockvis. Weekblad van h Nederl. Tijdschrift voor Genesk. 1884.
16. Edgren. Svenska Läkaresällsk. forhand. 1885.
17. Affanassiew. Medicin. Kalender. 1888 u. 1891.
18. Lawrowskaja. Bolnitschn. gasetta Botkina. 1890.
19. Pfeiffer. Die Protozoen als Krankheitserreger. 1891.
20. Ortmann. Berlin. klin. Wochenschrift. 1891.
21. Roos. Deutsch. Arch. für klin. Medic. 1893.
22. Runeberg. Finska Läkaresällskap. Handl. Bd. XXXIV. XXXV.
23. Gruner. Ibidem. Bd. XXXV.
24. Blomberg. Ibidem. Bd. XXXVI.
25. Pätiälä. Ibidem. Bd. XXXVII.
27. Sievers. Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. XXX. 1896.
27. Leuckart. Die Parasiten d. Menschen. III. Aufl.

Referate.

Dr. Thorkild Rovsing - Kopenhagen. Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine. Archiv für klin. Chirurgie. Band 52. Heft 4.

Verf. will vor allem mehr Symptome, als die typischen «Haematurie», «Nierenkoliken» und «Abgang von Concrementen» beachtet wissen und zeigt mit Hülfe von 6 ausführlichen Krankengeschichten wie häufig der Nierenstein sich hinter anderen Symptombildern verbirgt. Schmerzen in der Nieren- und Blasengegend «spontan» auftretende Haematurie oder Pyurie sollen zur Fahndung auf Nierenstein anregen, viel Gewicht legt Verf. auf anamnestisch constatirte «arthritische Familienanlage» und ist solche auch bei drei seiner operativ behandelten Patienten nachweisbar, ferner auf eine sorgfältige bacteriologische Untersuchung des steril abgenommenen Harns (ein Fall von Tuberculose der Niere bei Steinsymptomen). An einem Fall, der längere Zeit auf nicht weichen wollende Cystitis und einem, der auf chronische Nephritis behandelt worden war — zeigt Verf., wie wichtige Dienste ihm das Cystoskop geleistet hat — und will er es bei jedem Fall von Cystitis angewandt wissen — gelingt eine Besichtigung der Blase wegen Undurchsichtigkeit des Harns nicht, so soll die nicht ganz ungefährliche Uretercatheterisation vorgenommen werden. — Für die Differentialdiagnose — Nierengries- oder Stein — führt Verf. für ersteren periodisch auftretende Nierenkoliken mit Haematurie und Entleerung von Gries; in der Zwischenzeit Wohlbefinden, keine Druckempfindlichkeit keine Vergrösserung der Niere — für letzteren langdauernde Haematurie, Vergrösserung der Niere und den fixen Nierenschmerz d. h. local, anhaltend und auf Druck zu erzeugenden — als massgebend an.

Bei der Therapie nach Stellung der Diagnose Nierenstein theilt Verf. die Fälle in zwei Hauptgruppen: 1) die suppurativen, 2) die reinen uncomplicirten Fälle. — Für die erste Gruppe ist die Operation unbedingt erforderlich, für die zweite kommen — neben der von ihm mit guten Erfolg ausgeführten Operation — noch die alkalischen Wasser in Betracht und hält Verf. von dieser Cur, namentlich was das Auflösen der Concremente anlangt nichts, glaubt im Gegentheil, dass durch die Alkalescenz ein Wachsthum erzielt wird, führt Beispiele dafür an. — Verf. ist mehr für die Verdünnung des Harns und reichliche Durchspülung des Canalsystems der Niere durch reichlichen Consum von gekochtem Wasser. Zum Schluss spricht der Verf. sich nach Stellung der Diagnose «Nierenstein» für eine möglichst bald vorzunehmende Operation aus und zwar für die Nephrotomie, bedient sich zur Compression der Gefässe an Stelle der leicht ermüdenden Hände des Assistenten eines von ihm erfundenen Klemmers den er nicht länger als eine Viertelstunde liegen lässt. Die Prognose für Nephrektomie bei Nierenstein ist schlecht, nach den Statistiken (Brodens, Tuffier, Legueu) Operationsmortalität von ca. 40 pCt.

Schiemann.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden
29.—31. August 1896.

Fünfte Sitzung.

Sonnabend den 31. August 1896. 9 Uhr Morgens.

1. Der Präses legt die eingegangenen Schriften vor; unter anderen wird auch ein Schreiben des Herrn Livländischen Generalsuperintendenten vom 29. August a. c. sub Nr. 203 verlesen, enthaltend die Kundgebung der Livländischen Predigersynode vom 19. August 1896 betreffend die Betheiligung der Herren Prediger am Kampf wider die Lues, laut welcher die livländischen Herren Pastore sich auch ihrerseits bereit erklären, nach wie vor innerhalb der ihnen gezogenen Grenzen mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln, welche wesentlich ecclesiogerischer Natur sein werden, die Bestrebungen zur Ausrottung dieser furchtbaren Seuche zu unterstützen.

2. Bericht der vom VII. Aerztetage gewählten Commission betreffend die Frage des «Selbstbestimmungsrechtes der Frau».

Prof. Kessler. Im Namen der Commission erlaube ich mir mitzutheilen, dass dieselbe von irgend welcher Vorlage im Sinne des vorjährigen Beschlusses des Aerztetages absehen zu müssen glaubte, da die bezügliche Frage, durch die von Herrn v. Helmersen provocirte Discussion derselben in der St. Petersburger Zeitung (Nr. 104, 129, 130), vor ein grösseres Publicum gebracht wurde. In Folge der Polemik des Herrn v. Helmersen werden wahrscheinlich die Juristischen Kreise sich äussern und es erscheint zweckmässig abzuwarten, in wie weit dadurch die Frage eine weitere Klärung erfahren könnte. Es würde dem Ermessen des nächsten Aerztetages anheimstehen, ob derselbe noch irgend etwas in dieser Angelegenheit vorzunehmen wünscht, oder nicht. Ich bitte, im Namen der Commission, wegen dieser Abweichung von dem resp. Beschlussdes vorjährigen Aerztetages, um Indemnität.

Discussion.

a) Dr. Koppe-Pernau. Ich schlage vor diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen und glaube Herr Dr. K. leistet der Sache einen besseren Dienst, wenn er diese Frage selbstständig in Form einer Monographie behandelt.

b) Dr. Truhart. Es erscheint mir durchaus dankenswerth, dass diese auch in Deutschland in jüngerer Zeit vielfach ventilirte Frage auf unserem Aerztetage zur Sprache gebracht worden und würde ich es im Interesse der Sache bedauern, wenn nicht auch fernerhin, im Sammeln der diesbezüglichen statistischen Daten von Seiten der Collegen fortgefahren werden würde.

c) Prof. Kessler. Ich ersuche die Herren Collegen, mir auch fernerhin einschlagendes Material gefälligst zuzusenden und zur Disposition zu stellen. Wir wollen keineswegs die Frage fallen lassen, sondern vor Allem weiteres Material sammeln.

D) Dr. Koppe-Pernau. Wir werden gewiss alle bereit sein Herrn Dr. Kessler nach dieser Richtung hin zu unterstützen, ich frage aber, ob es für den Livländischen Aerztetag vortheilhaft ist, derartige Fragen zu entscheiden. Wir halten es unter der ärztlichen Würde, eine Autorität, die wir nicht besitzen, durch die Staatsgewalt zu ertrotzen.

e) Dr. Truhart. Herr College Koppe verlegt, wie mir scheinen will, das Schwergewicht der von Dr. Kessler und dem Aerztetage behandelten Frage durchaus unrichtig: nicht um die Rechte des Arztes, geschweige denn um durch die Staatsgewalt zu ertrotzendes Recht, sondern um den Schutz der Frauen vor brutaler Tyrannisirung, um das Selbstbestimmungsrecht der Frau in der Stunde der Lebensgefahr handelt es sich im vorliegenden Falle.

A. Abstimmung über den Antrag des Herrn Dr. Koppe: «Soll die Frage des «Selbstbestimmungsrechtes der Frau» von der Tagesordnung des Livländischen Aerztetages gestrichen werden oder nicht?» Der Antrag wird von der Versammlung abgelehnt.

B. Die Versammlung acceptirt den Vorschlag der Commission und erklärt sich bereit neues Material zur Klärung dieser Frage herbeizuschaffen.

f) Dr. Koppe. Da der Aerztetag diese Frage doch auf der Tagesordnung behält, so schlage ich vor um dem Publicum gegenüber eine grössere Klarheit zu schaffen, das Protokoll folgendermassen abzufassen: Der Aerztetag erklärt, dass er eine Lösung dieser Frage nur von einer Hebung der persönlichen, ärztlichen Autorität erwartet. Die persönliche Tüchtig-

keit des Arztes soll das Vertrauen des Publicums schaffen. Die Hilfe der Staatsgewalt darf in keinem Falle das persönliche Vertrauen ersetzen.

g) Dr. Meyer-Wenden. Sollen wir Aerzte nur casuistische Beiträge aus der jüngsten Zeit sammeln, oder sollen auch solche Beispiele berücksichtigt werden, die wir schon früher vor Aufrollung dieser Frage erlebt haben.

h) Dr. Truhart. Es liegt kein Grund vor, nur die casuistischen Beiträge aus jüngster Zeit zu sammeln: je umfangreicher das statistische Material, um so mehr Aussicht für Klärung der Sache.

i) Dr. Koppe. Ich wünsche nur, dass die Tagesordnung, wie ich dieselbe vorschlug, angenommen werde — und wiederhole, ich erwarte die Lösung dieser Frage von der Hebung des ärztlichen Standes, nicht von der Polizeigewalt. Ich möchte die Versammlung noch einmal ersuchen sich dahin auszusprechen, ob sie es denn ernstlich wünscht, dass in strittigem Falle die Polizei eingreifen solle. — Die medicinische Diagnostik ist unsicher, die Argumente die in der Presse von Herrn v. Helmersen angeführt wurden, sind nicht von der Hand zu weisen. Wir wollen darnach streben, jeder an seinem Theil, unsern Stand zu heben, dann werden wir auch der äusseren Hilfe nicht bedürfen.

k) Dr. Truhart. Es würde uns zu weit führen, die von Herrn v. Helmersen in der Tagespresse inaugurirte Polemik hier in die Discussion auch noch hineinzuziehn; zumal der von genanntem Herrn gegen die Aerzte gerichtete Angriff eine zu subjective Färbung an sich trägt. Der Livländische Aerztetag hat sich bei der Disscussion der in Rede stehenden Frage keineswegs dahin ausgesprochen, dass es ihm irgend wünschenswerth erscheine, dass in strittigen Fällen die Hülfe der Polizei in Anspruch genommen würde, vielmehr es betont, dass bei der geschilderten Complication der Verhältnisse dem Arzte resp. den Aerzten nichts Anderes erübrige, als nach Rathschluss des eigenen Gewissens bezüglich ihres Wissens und Könnens, den gordischen Knoten einfach zu durchhauen, indem er resp. sie (die Aerzte) die ihnen entgegenstehenden Hindernisse, so weit solches in ihrer Macht liegt, hinwegräumend mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln bestrebt sein sollen, der Patientin, die vertrauensvoll sie darum anfleht, auch thatsächlich das Leben zu retten.

Nicht von etwaiger Assistenz polizeilicher Gewalt, sondern von der Competenz oder Nichtcompetenz des Gatten, seinerseits gegen den ausdrücklichen Wunsch der Frau in solch einem Falle ein Veto zu erheben, ist hier die Rede.

l) Dr. Koppe. Ich warne Herrn Dr. Truhart so zu verallgemeinern, da viele Collegen innerlich durchaus auf dem Standpunkte stehen den Herr v. Helmersen in seiner Polemik berührte. Ich würde auch vorschlagen die Zeitungsartikel die in dieser Angelegenheit verfasst wurden, mit ins Protokoll aufzunehmen.

m) Dr. Truhart. Diesem Wunsche des Herrn Collegen Koppe ist insoweit Rechnung getragen, als Dr. Kessler alle, jene Polemik umfassenden Zeitungsartikel der Versammlung zur Einsichtnahme hierselbst auf den Secretariatstisch niedergelegt hat.

n) Dr. Koppe. Ich betone noch einmal, das Hauptmittel zur Lösung dieser Frage liegt in der Hebung des ärztlichen Standes.

Wir müssen uns bemühen soviel als möglich das Vertrauen der Patienten zu erwerben und es nicht als ein Recht verlangen, dass ein jeder, nach unserem Gutdünken, sich operiren lässt.

3. Herr Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: **«Bemerkungen über die Behandlung unruhiger Geisteskranker ausserhalb der Irrenanstalt».** (Ist erschienen in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 44, 1896).

Discussion.

a) Dr. Sokolowski. Wenngleich manche Ausführungen des Herrn Collegen Behr sich doch in praxi schwer verwirklichen lassen sollten, wegen der Mittellosigkeit und aus anderen Gründen, so gebe ich der Hoffnung Ausdruck, dass die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit seiner Vorschläge anerkannt werden. Diese Vorschläge entsprechen durchaus dem modernen Niveau der praktischen Psychiatrie. Das Gesagte gewinnt dadurch an Schwerkraft, dass der Vortragende nicht an einer Anstalt, sondern privatim thätig ist Neben dem von Herrn Dr. Behr Gesagten dürfte das Urtheil eines Anstalts-Psychiaters von Interesse sein. Ich bin schon längst der Ueberzeugung, dass manche Geisteskrankheiten im Privathause ebenso gut, — manche besser und zweckmässiger, als in der Irrenanstalt behandelt werden können. Diese Ueberzeugung gewinnt an Berechtigung, durch die immer weitergehende Verbreitung der modernen Behandlung Geisteskranker: Kette, Zwangsjacke und Zelle werden durch Bettruhe, strenge Beaufsichtigung und gutes Personal ersetzt. — Es ist mir von Interesse gewesen persönlich zu constatiren, dass Herr Dr. Behr allen diesen Anforderungen in der Praxis völlig Genüge leistet. Natürlich kommt es in der vorliegenden Frage, wie überhaupt in den Fragen ärztlicher Wirksamkeit, wesentlich auf das persönliche Geschick des behandelnden Arztes an. Direkt hat es College Behr natürlich nicht zur Sprache gebracht, wieviel von seinen Erfolgen er seinem Geschicke zuschreibt. Indirekt hat er aber doch diese Frage berührt, indem er die Nothwendigkeit der psychiatrischen Ausbildung für jeden Arzt — zum Ausdruck brachte. Und in der That, diese Nothwendigkeit ist nicht von der Hand zu weisen, da die moderne Behandlung der Geisteskranken immer mehr auf eine feine Detailarbeit hinausläuft. Man muss auf jeden Kranken, auf alle seine Eigenthümlichkeiten eingehen. Der Kranke muss beständig überwacht und soweit solches irgend möglich ist erzogen werden.

Im Einzelnen hätte ich gegen die von dem Collegen Behr angeführte Behandlungsweise manches einzuwenden, was ich jedoch nicht für wesentlich halte. Z. B. benutze ich die Füttersonde lieber und früher als Herr Dr. Behr. Ich halte die Fütterung mit der Nasensonde für schonender, als das Aufsperren des Mundes und Hineinpraktisiren der Speisen.

b) Dr. Koppe-Pernau. Ich begrüsse den Vortrag des Herrn Collegen mit Freuden, als einen Fortschritt und eine Vereinfachung, gegenüber den complicirten Behandlungsmethoden durch hydrotherapeutische und mechanotherapeutische Massnahmen. Ich hoffe dass der Herr College auf diesem Wege consequent fortfahren, und mit der Zeit auch vom Gebrauch der differenten Arzneimittel, wie Methylal und Digitalis, absehen wird.

c) Dr. Behr-Riga. Um nicht missverstanden zu werden, erkläre ich, dass ich kein principieller Gegner der Arzneimittel bin, sondern nur der Meinung Ausdruck gab, die Behandlung acuter Geisteskrankheiten mit narcotischen Mitteln, sei auf das äusserste Mass zu beschränken. Jeder Arzt, der Gelegenheit hat aufgeregte Geisteskranke mit narcotischen Mitteln, oder ohne dieselben zu behandeln, wird die Wahrheit des Gesagten bestätigen. Die Beruhigung eines Geisteskranken, und darauf kommt es doch schliesslich an, wird durch narcotische Mittel allein nie und nimmer erreicht werden. Da in der Privatpflege wesentlich andere Factoren, als in der Anstaltsbehandlung mitspielen, so werden wir in praxi doch nicht aller Schlafmittel entbehren können. In gewissen Fällen, die ich ja in meiner Arbeit näher bezeichnete, glaube ich nach vielfältiger Erfahrung, das Methylal empfehlen zu können.

Was die Anwendung der Digitalis betrifft, so ist dieselbe als Beruhigungsmittel ja seit alters her berühmt. Es lag mir daran, auf die beruhigende Wirkung dieses Mittels hinzuweisen, da die Ueberfluthung des Arzneischatzes mit Schlafmitteln, unsere bewährten Beruhigungsmittel, zum Schaden der Kranken, verdrängt hat.

d) Dr. Meyer-Jurjew (Dorpat.). Meines Erachtens dürfte die Behandlung aufgeregter Geisteskranker zu Hause doch auf die grosse Schwierigkeit stossen, das geeignete Pflegepersonal zu beschaffen. Da bisher in den allgemeinen Krankenanstalten, die Geisteskranken keine Aufnahme fanden, und die theoretische und praktische Ausbildung der Aerzte in der Psychiatrie ungenügend ist, so dürfte es schwer fallen, ein Wartepersonal für die Zwecke des praktischen Arztes heranzubilden.

e) Dr. Katterfeld-Waldheim. Der Vorschlag des Herrn Coll. Behr, die Hebammen einen Cursus in der Irrenpflege nehmen zu lassen, erscheint mir nicht opportun. Die Hebammen sind in ihrem Specialgebiet so genügend beschäftigt, dass wir es ihnen nicht zumuthen dürfen, neue Studien zu treiben und Arbeiten zu leisten denen sie nicht gewachsen sind. Ich glaube sowohl die Geburtshilfe, als auch die Irrenpflege würden darunter leiden.

f) Dr. Behr-Riga. Den Kernpunkt meiner Auseinandersetzungen bildete die Frage wie ein geeignetes Pflegepersonal, welches in gleicher Weise den Ansprüchen des Arztes und der Wissenschaft Genüge leistet zu beschaffen wäre: Die Schwierigkeiten ein Pflegepersonal zu erziehen sind mir durchaus bewusst. Wie sollen wir aber unsere Geisteskranken behandeln, da die Fürsorge für dieselben bei uns zu Lande denkbar gering ist?! Sollen wir die Kranken von der Behandlung abweisen und sie dem Curpfuscherthume in die Arme treiben, oder aber sollen wir auf Abhilfe sinnen? Um den Uebelständen die thatsächlich vorhanden, zu begegnen, wäre vorläufig der einzige Ausweg, d. h. solange Irrenanstalten noch nicht erbaut werden, die Geisteskranken zu Hause zu behandeln und ein Pflegepersonal zu diesem Zwecke heranzubilden. Ich glaube nicht, dass diese Fragen auf dem Wege der Discussion sich erledigen lassen wird, sondern ich schlage der Versammlung vor, eine Commission zu ernennen, um meine Vorschläge zu prüfen und ihre Möglichkeit und ihre Durchführbarkeit zu untersuchen.

Die Versammlung erklärt sich mit diesem Vorschlage einverstanden.

Auf den Antrag des Herrn Präses werden in die Commission gewählt die Herren:

Dr. Katterfeld-Waldheim.
Dr. Meyer-Jurjew (Dorpat).
Dr. Behr-Riga.

g) Dr. Sokolowski. Der Vorschlag des Herrn Dr. Behr: die, aus den Irrenhäusern in die Privatpflege entlassenen Wärter, einem Examen zu unterwerfen», wird wahrscheinlich daran scheitern, dass in unserer Heimath so wenig Irrenanstalten vorhanden sind. In Folge dessen ist die Anzahl der entlassenen Wärter eine so geringe, dass diese den bezüglichen Anforderungen des Publikums kaum genügen.

Es ist somit bei dem totalen Mangel an Konkurrenz der Werth eines Examens illusorisch, und wir werden nach anderen Mitteln suchen müssen um ein brauchbares Personal heranzubilden.

h) Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat). Da, bei der häuslichen Pflege der Geisteskrankheiten, ein geschultes Wartepersonal unumgänglich nothwendig ist, so wäre es empfehlenswerth die Gründung einer Schule für Pfleger und Pflegerinnen bei dem Hospital in Alexandershöhe anzustreben. Die Medic.-Verwaltung, die am Besten die bestehenden Mängel der Irrenpflege auf dem Lande kennt, wird aller Wahrscheinlichkeit nach, sich zustimmend derartigen Bestrebungen gegenüber verhalten. Die, freiwillig die Anstalten verlassenden, angestellten Pfleger dürften doch zu gering an Zahl sein, um dem Bedürfniss nach derartigen Pflegern zu entsprechen.

i) Dr. Koppe-Pernau. Ich schlage Herrn Coll. Meyer vor seine Pflegerinnen aus der Mellinschen Anstalt auch eine Zeitlang auf der Irrenanstalt der Universität hospitiren zu lassen, um dieselben in der Privatpflege Geisteskranker zu verwenden.

k). Dr. Meyer-Jurjew (Dorpat). Ich erkläre mich gern bereit mit der Direction der psych. Klinik in Relation zu treten, damit den, in der Mellinschen Anstalt ausgebildeten Pflegerinnen, das Hospitiren in der Klinik gestattet werde.

l) Dr. Truhart. Wie mangelhaft und unzureichend es mit der Irrenfürsorge bei uns in Livland bisher bestellt ist, darf wohl als allbekannt bezeichnet werden. Vom Beginn seines Bestehens an hat unser Aerztetag sich daher wiederholentlich und eingehend mit der Frage beschäftigt, wie diesem Uebelstande abzuhelfen sei. Ja unter Zugrundelegung des diesbezüglich gesammelten statistischen Materials und mittelst eingehender sachlicher Beleuchtung des bei uns zu Lande nach dieser Richtung herrschenden Nothstandes hat die Gesellschaft livländischer Aerzte es für ihre Pflicht erachtet, auch die Aufmerksamkeit der Livländischen Ritter- und Landschaft auf die Dringlichkeit einer Regelung der Fürsorge für die Geisteskranken des Landes hinzulenken. Der Livländische Landtag vom Jahre 1893 hatte bei vollständiger Anerkennung des herrschenden Nothstandes das Gesuch unseres Aerztetages, diesem schreienden Uebelstande durch Errichtung einer Landesirrenanstalt Abhülfe zu schaffen, im Hinweise auf die «in Kürze bevorstehende» Prästandenreform, die auf die Regelung des Sanitätswesens höchst wahrscheinlich von tiefgreifendem Einfluss sein würde, ablehnen zu müssen geglaubt.

An landschen oder städtischen Hospitälern, in welchen Geisteskranke zur Noth untergebracht werden könnten, mangelt es bei uns bekanntlich desgleichen und so befinden sich denn die Aerzte in den kleinen Städten, wie auch die Aerzte des Landes, überdies fast durchweg Laien in der practischen Psychiatrie nach wie vor in der Zwangslage, die Geisteskranken unter den schwierigsten Verhältnissen in deren eigener Behausung in ärztliche Fürsorge zu nehmen. Um so grösseren Dank schulden wir Aerzte Herrn Collegen Behr für seinen interessanten und praktisch lehrreichen Vortrag. Der Plan in grösserem Massstabe, ein geeignetes Wärterpersonal, als sachverständige Gehülfen der Aerzte heranzubilden, dürfte bei der gekennzeichneten Nothlage der Landesbevölkerung in Zukunft zum grössten Segen gereichen. Von Interesse wäre es hierbei zu erfahren, ob das bisherige Wartepersonal in den psychiatrischen Anstalten der Universität und der Stadt Riga bei ihrer Entlassung mit Zeugnissen über ihre Qualification in der Krankenpflege versehen wird.

m) Dr. Sokolowski. Auf die Anfrage des Herrn Dr. Truhart, nach dem Modus des Zeugnissausstellens in den Irrenhäusern, kann ich erwidern, dass in den Anstalten Alexandershöhe und Rothenberg, sowie in der Dorpater psychiatrischen Klinik, gewöhnliche Dienstzeugnisse ausgestellt werden ohne Betonung dessen, wieweit der betreffende Wärter, oder die Wärterin, für die Irrenpflege sich qualificire.

n) Dr. Behr-Riga. Es ist mir eine Genugthuung, dass meine Vorschläge im Grossen und Ganzen die Zustimmung der Collegen finden. Ich gebe gern zu im Einzelnen zu weit gegangen zu sein, wie in der Betonung, die Hebammen auf dem Lande zur Irrenpflege heranzuziehen. Doch scheint das Alles Nebensache gegenüber der Hauptsache, Abhilfe zu schaffen und heilbare Geisteskranke vor Elend und Siechthum zu bewahren. Ich bin überzeugt, dass die erwählte Commission im nächsten Jahre in der Lage sein wird, der Versammlung positive Vorschläge über die Ausbildung eines Wartepersonales vorzulegen, und dass es möglich sein dürfte, bei uns zu Lande, die Fürsorge für Geisteskranke in geordnetere Bahnen zu lenken.

Neunter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Pernau vom 4—6 Juni 1897.

Programm.

Eröffnung des Aerztetages

Mittwoch den 4. Juni 1897.

10 Uhr Vormittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 10—2 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Referat über den Bestand und die Wirksamkeit «der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.»
4. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra während der letzten 20 Jahre» . . . . H. Koppel.
   b) «Ueber die Serumbehandlung der Lepra . . . . C. Dehio.
   c) «Die heutige Therapie und die Hydrotherapie. . . . . O. Koppe.
   d) «Das Seebad Pernau» . . . . . . A. Kröger.
   e) «Ueber Moor- und Schlammbäder. . E. Behse.

Um 2 Uhr Demonstration der Pernauer Badeanstalt.

II. Sitzung von 5—8 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber einige practische Fragen aus dem Gebiete der Ernährungsphysiologie . . . . R. Koch.
   b) «Ueber die Grundprincipien der Säuglingsernährung» . . . . O. Klemm.
   c) «Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege . . . . H. Koppel.
   d) «Die immunisirende Behandlung der Lungentuberculose» . . . . A. Treu.
   e) «Zur Therapie der acuten Infectionskrankheiten» . . . . E. Mey.
2. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Donnerstag den 5. Juni.

Tagesordnung;

III. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Demonstrationen, Krankenvorstellung und kleinere Mittheilungen. Vortrag des Herrn Dr. med. O. Thilo: Uebungen als Heilmittel (nebst Demonstrationen).
2. Bericht über den diesjährigen Petersburger Congress zur Bekämpfung der Lues.
   Vortrag des Herrn Dr. med. Chr. Ströhmberg: «Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis».
3. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Zur Symptomatologie des Botriocephalus latus.» . . . . A. Hartge.
   b) «Ueber Wurmabscesse und Spulwürme» G. v. Bergmann.
   c) Hernien — resp. Bauchfelltuberculose» A. v. Brackel.
   d) «Ueber die Behandlung der Fracturen» P. Klemm.

IV. Sitzung von 4—7 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata.
   a) «Ueber die operative Behandlung der Trichiasis» . . . . H. v. Krüdener.
   b) «Die Prüfung der Sehschärfe bei Verdacht auf Simulation . . . . . . A. Kroeger.
   c) «Ueber Uterusblutungen» . . . . . G. v. Knorre.
   d) «Correferat über uterine Blutungen» F. Hach.
2. Bericht der auf dem VIII. Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Hebammenfrage
3. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Um 7 Uhr Abends.

Oeffentlicher populärer Vortrag des Herrn Dr. med. Chr. Ströhmberg: «Ueber die sanitären Schäden und die Reformbewegung in der heutigen Frauentracht» mit nachfolgender allgemeiner Discussion.

Freitag den 6. Juni

Tagesordnung:

V. Sitzung 9—1 Uhr.

1. Bericht der auf dem vorigjährigen Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Fürsorge für die Geisteskranken in Livland, sowie der Ausbildung eines für die Privatpraxis geeigneten Wartepersonals solcher Kranker.

2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Casuistische Beiträge aus der psychiatrischen Praxis». . . . . . . Ed. Behr.
   b) «Ueber die Gelenkneurosen und deren Beziehungen zu den Unfallsnervenkrankheiten». . . . . A. Schwarz.
   c) «Ueber die von der Nase und von den Ohren aus bedingten Neuralgien des Trigeminus» . . . . A. v. Zur-Mühlen.
   d) «Ueber die Combination der acuten Mittelohrentzündung mit Drüsenfieber bei Kindern. . . . . F. Voss.
3) Berathung über etwa wünschenswerthe Abänderungen oder Ergänzungen der Statuten (conf. § 23).
4) Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzung.

1 Uhr Nachmittags.

Schluss des IX. Aertetages.

Um 4 Uhr Nachmittags: Gemeinsame Ausfahrt per Dampfer den Fluss Pernau hinauf und Besichtigung des an demselben gelegenen städtischen Schlachthauses.

Vermischtes.

— Congressnachricht. Die Frage des Empfanges der Congressmitglieder seitens der St. Petersburger Aerzte wurde am 10. Mai in einer von ca. 150 Collegen besuchten Versammlung im Locale der Hauptverwaltung des «Rothen Kreuzes» unter Vorsitz des Prof. Sklifossowsky berathen.

Es wurde beschlossen, die Präsidenten der hiesigen medicinischen Gesellschaften und die Oberärzte der hiesigen Hospitäler aufzufordern, dem hier bestehenden Localcomité beizutreten. Zur Aufbringung der nöthigen Geldmittel wurde sofort eine Subscription eröffnet; Al. Al. Lichatschew (Woskressenski Prospect 13) übernahm die Entgegennahme weiterer Beiträge sowie auch auf Wunsch die Besorgung von Congress-Mitgliedskarten. Ferner wurden die Collegen ersucht auf einer bei B. J. Kijanowsky (Schpalernaja 32) ausliegenden Liste verzeichnen zu wollen, wieviele Congressmitglieder sie in ihren Privatwohnungen aufzunehmen bereit sind und ob sie die betr. Plätze für ihre eigenen geladenen Gäste reserviren oder zur allgemeinen Verfügung stellen wollen.

— Der Director des Medicinal-Departements, Geheimrath Dr. Ragosin, ist auf zwei Monate ins Ausland beurlaubt.

— Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» mittheilt, hat der Director des Teltower Kreiskrankenhauses in Britz bei Berlin, Dr. Alfred Bidder (ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität), sich veranlasst gesehen, aus dieser Stellung zum 1. Juli seinen Abschied zu nehmen und gedenkt nach Baden-Baden überzusiedeln, wo er sich zunächt nur seiner Erholung widmen wird.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. A. M. Lewin, Leiter der Abtheilung für innere Krankheiten am hiesigen Obuchowhospital, begiebt sich in diesen Tagen nach Bombay, wo er sich der unter Leitung des Prof. Wyssokowitsch (Kiew) dorthin gesandten wissenschaftlichen Expedition anschliessen wird. Dr. Lewin ist es freigestellt worden, für seine Arbeiten das Programm selbst zu entwerfen. (Wratsch.)

— Ordensverleihungen: St. Stanislaus-Orden I. Cl. — dem Arzt am Waisenhause des Geheimraths Fabre in Simferopol, wirkl. Staatsrath Dr. Nowizki St. Stanislaus-Ord. II. Cl. — dem Gehülfen des Bezirksarztes des I. Residenzbezirks des St. Petersburger Findelhauses, Collegienrath Brunner.

— Ernannt: Der Director des St. Petersburger klinischen Hebammen-Instituts und Leiter der gynäkologischen Abtheilung des klinischen Institutsder Grossfürstin Helena Pawlowna, Leibaccoucheur Staatsrath Dr. Ott — zum berathenden Mitgliede des Medicinalraths, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen: der Oberarzt des Charkowschen Militärhospitals Staatsrath Dr. Stratanowitsch — zum Corpsarzt des kaukasischen Armeecorps.

— Verstorben: 1) Am 30. April in St. Petersburg der Nestor der Militärärzte Russlands, Geheimrath Dr. Alexander Archipow, beständiges Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités, im 86. Lebensjahre. Nach Absolvirung der ehemaligen medico-chirurgischen Academie i. J. 1833 wurde A. Arzt des Preobrashen'schen Leibgarde-Regiments, bekleidete von 1848—68 verschiedene militärärztliche Stellungen im Zarthum Polen, war darauf mehrere Jahre Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks und wurde i. J. 1886 zum beständigen Mitgliede des obengenannten Comités ernannt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. 2) In Balta (Podolien) am 8. Mai der ehemalige ältere Arzt des dortigen Stadthospitals, Staatsrath Julius Königsfest, im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1856—61 Medicin studirte und 1862 den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Bezirksarzt der Reichsdomänen für die Kreise Cholmogory und Pinega (im Gouv. Archangel), wurde dann 1865 zum älteren Bezirksarzt in Podolien und bald darauf zum älteren Arzt des Baltaschen Stadthospitals ernannt. Im Jahre 1872 nahm er seinen Abschied und widmete sich ganz der freien Praxis. 3) Im Gouvernement Charkow der Landschaftsarzt Alexander Golowinski im Alter von 27 Jahren am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung der zahlreichen Typhuskranken in seinem Rayon inficirt hatte. Seine ärztliche Thätigkeit hatte er erst vor 1½ Jahren begonnen. 4) In Paris Dr. Henry Feulard, welcher ein Opfer der bekannten Pariser Brandkatastrophe in der Rue Goujon geworden ist. Der Verstorbene, welcher zu den hervorragendsten jüngeren französischen Dermatologen gehörte, sollte bei der im October d. J. in Berlin stattfindenden internationalen Lepraconferenz ein Referat übernehmen. Die berliner dermatologische Gesellschaft hat, wie die «Allg. med. C.-Ztg.» mittheilt, als Zeichen internationaler Collegialität und Theilnahme einen Kranz auf seinem Sarge niederlegen lassen.

— Der Redacteur des in Woronesh unter dem Titel «Medizinskaja Besseda» erscheinenden populären Journals für Hygiene Dr. Ssabinin ist anlässlich des 10-jährigen Bestehens seines Blattes von verschiedenen Institutionen, Redactionen und einzelnen Personen beglückwünscht worden. Das statistische Comité des Woroneshschen Gouvernements und die Woroneshsche Abtheilung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit haben Dr. Ssabinin zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Der Privatdocent für pathologische Anatomie, Dr. E. Kaufmann in Breslau, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Präsident der Allerhöchst bestätigten Commission zur Verhütung einer Einschleppung der Pest macht bekannt, dass das ganze erforderliche niedere medicinische Personal für die von der Commission ausgerüsteten Sanitätscolonnen bereits vorhanden ist und dass die Formirung neuer Sanitätscolonnen voraussichtlich nicht nöthig sein wird.

— Dem zeitweilig von seinem Amte entfernten stellv. Oberarzt des Odessaer Stadthospitals Dr. J. P. Ssenkewitsch-Kortschak ist von einer Deputation der Ordinatoren dieses Hospitals eine Adresse überreicht worden, die 28 Unterschriften trägt. In der Adresse geben die Ordinatoren, als die am nächsten der Thätigkeit des Oberarztes stehenden Zeugen, ihrer vollen Ueberzeugung Ausdruck, dass Dr. Ssenkewitsch-Kortschak sowohl als Chef, als auch als Arzt und College stets ehrlich seiner Pflicht Genüge geleistet habe. Sieben Ordinatoren des Hospitals hatten ihre Unterschrift verweigert. (Her.)

— Am 3. Mai d. J. vollendeten sich 30 Jahre, seit in Russland auf Initiative des damaligen Leibarztes Karell eine «Gesellschaft zur Fürsorge für verwundete und kranke Krieger» ins Leben trat, welche 9 Jahre später (1876) in die «Russische Gesellschaft des Rothen Kreuzes» umbenannt wurde und als solche der 1864 gegründeten Genfer Convention beitrat. Mehr als 15,000 Mitglieder zählt gegenwärtig das Russische «Rothe Kreuz» und die Anzahl ihrer Institutionen beläuft sich auf 504. Während ihres 30-jährigen Bestehens hat die Gesellschaft über 58 Millionen Rbl. vereinnahmt und in dieser Zeit gegen 48 Millionen Rbl. verausgabt, so dass sie gegenwärtig über Kapitalien im Betrage von über 10 Millionen Rbl. verfügt. Ihre segensreiche Thätigkeit hat die Gesellschaft namentlich im letzten russisch-türkischen Kriege entfaltet, wo sie weit über 200,000 verwundeten und kranken Kriegern ärztliche Hülfe und Verpflegung hat angedeihen lassen und dafür 17 Millionen Rbl. verausgabte. Aber auch anderen Nationen hat sie in schweren Kriegszeiten ihre Hülfe nicht versagt durch Entsendung von Aerzten und barmherzigen Schwestern mit dem nöthigen Verbandmaterial, so im Jahr 1870/71, auf den deutsch-französischen Kriegsschauplatz, dann nach Serbien und neuerdings nach Abessinien und Griechenland.

— Die von der deutschen Reichsregierung projectirte wissenschaftliche Lepra-Conferenz, welche wegen zeitweiliger Abwesenheit Prof. R. Kochs aus Berlin aufgeschoben wurde, soll nun im October d. J. in Berlin definitiv stattfinden. Alle an den Leprafragen betheiligten Staaten sind vom deutschen Auswärtigen Amt zur Theilnahme aufgefordert worden.

— Für den 15. Congress für innere Medicin, welcher vom 9—12. Juni n. St. in Berlin tagen wird, sind zahlreiche interessante Vorträge angemeldet, von denen wir

hier einige anführen: Prof. Liebreich (Berlin) «Ueber die Ziele der modernen medicamentösen Therapie»; Prof. Behring (Marburg) «Ueber experimentelle Therapie»; Prof. Benedict (Wien) «Ueber die Verwendung der Röntgenstrahlen in der inneren Medicin»; Dr. Immelmann (Berlin) «Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Pneumotherapie». Aus Russland ist nur ein Vortrag angemeldet von Prof. Poehl. «Ueber Sperminum». — Am 8. Juni Abends 9 Uhr findet die Begrüssung der Conferenzmitglieder im «Central-Hôtel» und am 12. Juni Abends 8 Uhr das Festdiner im «Zoologischen Garten» statt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Mai d. J. 7334 (84 wen. als in d. Vorw.), darunter 473 Typhus — (28 wen.), 808 Syphilis — (46 mehr), 157 Scharlach — (13 wen.), 134 Diphtherie — (19 mehr), 135 Masern — (7 mehr) und 34 Pockenkranke — (0 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. Mai 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
400	278	678	130	76	134	27	11	17	54	53	58	44	33	32	5	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 37, Scharlach 20, Diphtherie 31, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 3, Grippe 10, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 18.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.
Marie Mohl, В. О. 1, л. 44, кв. 3.

MARIENBAD (BÖHMEN) Weltcurort

ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldbergen, mit dem stärksten sämmtlicher bekannter Glaubersalzwässer, dem kräftigsten der reinen Eisenwässer, dem eisenreichsten aller Mineralmoore.

Das «Centralbad» und «Neubad» neuerbaut, zweckmässigst und mit grösstem Comfort ausgestattet, mit Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbädern, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage und schwedische Heilgymnastik in der medico-mechan. Zanderanstalt. Elektr. Zweizellenbad.

— Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadtbeleuchtung. — Hochquellenwasserleitung.

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- und Radfahr-Club. — Gedeckte u. offene Reitbahn, Pensionsstallung. — Jugendspielplätze. — Lawn-Tennis. — Interurb. Telefon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 18.000 (excl. Passanten).

Prospecte und Brochüren gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. 3/4 Lit. Inhalt.
Natürliches Marienbader Brunnensalz pulv. u. kryst. (0.862 gr. pulv. Salz entsprechend 100 gr. Mineralw.). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. od. dosirt zu 5 gr. in Cartons.
Marienbader Brunnen-Pastillen in Orig.-Schachteln.
FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensalz. In allen Mineralwasser-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Brunnen-Versendung, Marienbad.

Einzige alkalische Therme Deutschlands 40° C.

Arsen- und Lithion-Gehalt.

NEUENAHR

Bade- und Trinkkuren, Inhalationen, Massagen, Thermalwasser-Versandt. — **Broschüre gratis durch die Direction.**

Reiseroute: Köln—Bonn—Remagen oder Coblenz—Remagen—Neuenahr.

Frische

Antituberculose Molken

von Professor **Maragliano**

in Ampullen von 1 Kub. cent. und in Glasflaschen von 5 Kub. c.

und

Tuberkulin von R. Koch,

hat beständig auf Lager

das Handelshaus **J. B. SEGALL** in Wilna.

Beschreibung dieser Präparate sowie auch anderer neuer Präparate stehen zur Verfügung der Interessenten.

(70) 4—3.

Verlag von **F. C. W. VOGEL** in Leipzig.

Soeben erschien:

LEHRBUCH

DER

ALLGEMEINEN CHIRURGIE

VON

Professor **Dr. HERMANN LOSSEN**

IN HEIDELBERG.

SIEBENTE umgearbeitete **AUFLAGE**

Zweiter Theil.

Preis der vollständigen „Allgemeinen Chirurgie“, 2 Theile mit 195 Abbildungen.

Lex. 8°. Mk. 14.— br., Mk. 16.50.

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Pr gr. u. fr.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel

(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.

Vom 1. Juni ab prakt. ich wieder in
Bad Reinerz
Sanitätsrath Dr. **Secchi.**

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY

CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la Source

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg,
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Бёмъ и Давыдовъ, Учебникъ гистологіи человѣка со включеніемъ микроскопической техники. Съ 246 рис. Перев. съ нѣмецк. Изд. 2-е. 1897, Rbl. 3.00.

Бронниковскій, И., Краткое руководство къ изученію патологіи и терапіи для фельдшерскихъ школъ. Съ таблиц. рис. 1896. Rbl. 2.00.

Брусиловскій, Е., Одесскія лиманы и ихъ лѣчебныя средства. Изд. 2-е. 1897, Rbl. 0.75.

Вишневскій, Е., О сохраненіи здоровья. Изд. 5-е. 1897, Rbl. 0.35.

Гагманъ, Н., Мячъ, игры и упражненія съ нимъ, какъ пособіе физическаго воспитанія. Съ рис. 1897, Rbl. 0.40.

Жукъ, В., Ребенокъ. Общедоступная гигіэна ребенка. 1897, Rbl. 1.00.

Зальцманъ, И., Курортъ Устъ-Нарова (Гунгербургъ). Съ рис. и картой. 1897, Rbl. 1.00.

Нечаевъ, А., Синоптическія таблицы по кристаллографіи. Съ 79 рис. 1897. Rbl. 1.00.

Auvard, A., Praktisches Lehrbuch d. Gynäkologie. Uebersetzung a. d. Franz. Abth. I. Mit Text-Abbild. u. 5 Chromo-Tafeln. 1897, Rbl. 4.40.

Boquillon-Limousin, Formulaire des Médicaments Nouveaux pour 1897, Rbl. 1.35.

Bouglé et Caxasse, Le premier livre de médecine. I: Partie médicale. II: Partie chirurgicale. Avec fig. 1897, Rbl. 4.50.

Brass, A., Atlas der Gewebelehre des Menschen. 60 Tafeln in Gravure und Tondruck mit Erläuterungen. 1897, Rbl. 11.00.

Довв. ценв. Спб. 19 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 1[illegible]

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, (5. Juni) 24. Mai 1897

Inhalt: Dr. E. Masing: Beitrag zur Sprachstörung bei Erkrankung der Insula Reilii. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Крафтъ-Эбингъ: Учебникъ психіатріи. Переводъ А. Черемшанскій. — E. Schreiber: Arzneiverordnung. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livl. Aerzte in Wenden. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Neunter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Beitrag zur Sprachstörung bei Erkrankung der Insula Reilii.

Von

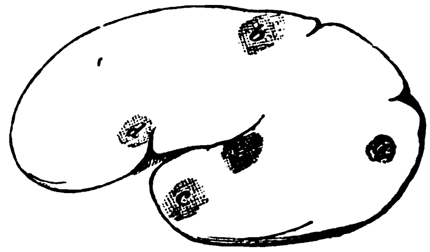
Dr. E. Masing.

Vorgetragen im deutschen ärztlichen Verein am 7. April 1897.

Ich habe im Januar a. c. einen Fall von tuberculöser Meningitis beobachtet, bei dessen Section es sich erwies, dass nur an einer Stelle die Erkrankung von der pia mater in die Hirnrinde übergegangen war, und zwar an der linken Insula Reilii, welche Sitz einer circumscripten Encephalitis war, während die letzte Stirn- und die erste Schläfewindung intact waren. Nun gewannen die während des Lebens beobachteten Sprachstörungen Interesse, da sie zur Localisationslehre verwandt werden konnten. Ich erlaube mir daher Ihnen die Krankengeschichte in allen Details mitzutheilen.

Ich habe Sie aber nicht nur wegen dieser, vielleicht ermüdend ausführlichen Details um Entschuldigung zu bitten, sondern auch, weil ich mir erlaube, als Einleitung das Ihnen gewiss bekannte Wernicke-Ziehen'sche Schema aufzuzeichnen, betreffend die bis jetzt bekannt gewordenen Sprachcentren im Gehirn. Ich folge strict der Beschreibung Ziehen's im II. Bande der Encyclopädie von Eulenburg III. Auflage 1894.

a bezeichnet im Hinterhauptlappen des Grosshirns das Erinnerungsfeld für optische Eindrücke. Dass wir das Bild einer Rose erkennen, hängt damit zusammen, dass wir in a ein optisches Erinnerungsfeld der Rose deponirt haben.



b im Scheitellappen ist das Erinnerungsbild für tactile Eindrücke.

c im gyrus hippocampi ist das olfactive Erinnerungsfeld.

Wir können eine Rose auch mit geschlossenen Augen am Geruche (c) oder durch Betasten (b) erkennen. Damit wir aber das Wort «Rose» aussprechen können, muss zunächst eine Anregung von a, b, c oder von allen gleichzeitig[1]) nach e, der obersten Schläfewindung gelangen, wo das Erinnerungsfeld der Wortklangbilder liegt. Wir lernen nämlich sprechen, indem wir sprechen hören. Wenn nun ein Kind das Wort Rose oft gehört und nachgesprochen hat, bildet sich in e, dem acustischen Sprachcentrum ein Erinnerungsklangbild des Wortes, das je öfter es geweckt wird, desto leichter erwacht. Ist das Erinnerungsklangbild in e von a oder b etc. aus erweckt, so geht nun eine Erregung von e nach d, dem motorischen Sprachcentrum in der III Stirnwindung, von wo durch die Bahnen des Mundfacialis und des Hypoglossus die Muskeln der Zunge. Lippen etc. etc. erregt werden, damit sie in richtiger Reihenfolge und Stärke und Combination contrahirt das betreffende Wort aussprechen. Dieses ist jedenfalls der gewöhnliche, gesetzmässige Vorgang des Sprechens. Es ist möglich, dass es auch Bahnen direct von a, b oder c nach d (also über e hinweg) giebt, aber das ist ausnahmsweise und vielleicht mehr in pathol. Fällen zur Geltung kommend. Die Sprachstörungen werden nun ganz verschieden sein, je nachdem a, b, c, e, d oder die zwischen diesen Centren liegenden Bahnen

[1]) a, b, und c sind gewiss unter einander durch Associationsbahnen verbunden.

erkrankt sind. Ist z. B. a zerstört so wird der Kranke vergeblich einen vorgelegten Gegenstand, z. B. eine Bürste, zu bezeichnen versuchen, so lange er sie nur besieht; er wird aber sofort «Bürste» sagen, wenn er sie befühlt. Sind in e alle Erinnerungsklangbilder zerstört, so wird völlige Aphasie da sein und der Kranke wird wenn man zu ihm in seiner Muttersprache spricht, wohl Worte hören aber er wird glauben, es werde in einer ihm fremden Sprache gesprochen. Ist dagegen d zerstört, so wird er alles Gesprochene verstehen, nach Dictat schreiben können, aber kein Wort selbst sprechen können. Wieder andere Symptome sind bei Läsionen der intercentralen Bahnen. Eine solche wichtige intercentrale Bahn geht durch die linke Insula Reilii, nämlich von e nach d, vom acustischen zum motorischen Centrum. Gewiss werden die seltensten Fälle in praxi ganz reine Bilder geben, oft werden Combinationen und Uebergänge da sein — aber immerhin differentielle Diagnosen sind möglich, sind gestellt und durch Sectionen bestätigt worden. Je mehr einschlägige Fälle mitgetheilt werden, desto besser können sie zu Correcturen und Vervollständigungen solcher Diagnosen dienen. Daher bringe ich auch diese Krankengeschichte trotz aller ihrer Mängel zu Ihrer Kenntniss.

Th. F. 12 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie. Beide Eltern und alle Geschwister deren jüngster er ist, leben. Der Vater überstand im 50. Lebensjahre eine Gehirnerkrankung (Pachymeningitis hämorrh. — ? — die behandelnden Aerzte sind todt). Nach der Genesung andauernde Sprachstörung, Paraphasie. Erst allmählich wich dieselbe und er konnte seinen Beruf als Prediger wieder aufnehmen. Doch kommt bei ihm das sich Versprechen auch jetzt noch häufiger als bei anderen gesunden Menschen vor. In den letzten 10 Jahren leidet der Vater an Arthritis. Unter den 9 Geschwistern ist eines seit der Geburt idiotisch. Die übrigen sind gesund. Th. F. entwickelte sich normal, war nur immer sehr blass und zeigte bei jeder irgend ernsteren Erkrankung Gehirnsymptome, so dass immer von dort aus Complicationen befürchtet wurden.

Januar 1897.

Am 1. fieberhaft erkrankt mit Kopf- und Augenschmerzen. Ab. 38,3. Milz palpabel noch von einem Abdominaltyphus im Herbste her. Sonst nichts Objectives. Pupillen reagiren gut.

2. 37,5—39,7—39,1. Kopfschmerzen. Sensorium ganz frei. Nichts Objectives. Salipyrin.

3. 38,8—38,9—38,4 Puls 72. Die letzten Temperaturen unter Salipyrinwirkung.

4. 38,7—389—39,2 P. 76. Kopfschmerzen nicht stark, ab und zu Schwindel und Uebligkeit. Dieses und der langsame Puls (72 bei 38,9°) erwecken die Befürchtung einer Gehirnerkrankung.

5. 38,9—39,0—38,5 P. 80. Stuhl nach Clysma. Durchaus keine objective Symptome für Gehirnaffection.

6. 39,0—39,3—38,9 P. 76. Heftige Kopfschmerzen. Erbrechen ein mal. Constante Uebligkeit. Sensorium ganz frei. Pupillen reagiren gut. Nirgends Ausfallserscheinungen. Unterleib sehr aufgetrieben. Stuhl träge. Andeutung des Kernig'schen Symptoms.

7. 38.9-39,3—38,4 P. 76. Kein Erbrechen. Gegend der Flex. hepatica coli druckempfindlich.

8. 38,8—38,9—38,2 P. 76. Uebligkeit. Kopfschmerzen wechselnd an Intensität, zuweilen sehr unbedeutend. Intelligenz ungeschwächt. Fragen werden rasch und scharfsinnig beantwortet.

9. 39,1—39,1—38,9 P. 74. Uebligkeit beständig. Etwas Unbequemlichkeit bei Nackenbewegungen. Unterleib weniger aufgetrieben. Immer Constipatio alvi. Kernig'sches Symp. etwas deutlicher

10. 38,9—39,1—38,5 P. 66. Klagen über Kopfschmerz, aber sein übriges Benehmen (Bewegungen, Disputiren etc.) lassen sie nicht heftig erscheinen. Uebligkeit, kein Erbrechen. Pupillen sind enger als vorher, reagiren gut. Schlaf wird unruhig, im Schlafe etwas Delirien. Unterleib nicht eingesunken.

11. 39,0—39,3—39,1 P. 64. Nirgends Störungen der Motilität, Sensibilität oder der Sinnesorgane. Kopfschmerzen mehr in der Stirn. Sensorium ganz frei, referirt seine genauen Beobachtungen über seinen Zustand sehr geschickt. Nacken frei.

12. 39,3—39,7—39,9 P. 64. Schlaf sehr gestört, in der Nacht nur in Summa 4 Stunden geschlafen. Selbst reichliche Calomelgaben verschaffen keinen Stuhl. Unterleib jetzt mehr eingesunken. Pupillen eng, reagiren gut. Kälte auf dem Kopfe wird in keiner Form vertragen, aber Wärme auch nicht. Meist sehr unruhig. Trotz Klagen über beständige Kopfschmerzen und Uebligkeit doch immerwährendes Bewegen und sich Umwenden im Bette.

13. 39,1—39,1—39,1 P. 64. Der Puls ist verlangsamt, beschleunigt sich bei Bewegungen, um dann wieder gleich langsam zu werden. Respirationsfrequenz normal 20. 3 Stühle nach Laxans, darnach besser geschlafen, weniger Kopfschmerz. Doch heute das Sensorium zum ersten Mal nicht immer frei, zuweilen erkennt er für Augenblicke die Mutter nicht. Das Gedächtniss ist gut, er sagt richtig das Datum seines Geburtstages und was er heute gegessen hat. Aber 3 Mal nach einander antwortet er auf die Frage: was für ein Wochentag ist heute? «heute geht es mir besser», endlich zum vierten Mal gefragt, sagt er richtig «Montag». Er fixirt die vorgehaltene Taschenuhr und sagt auf die Frage, was die Zeit sei, mehrere Mal nur das Wort «sechszehn». Auf Wiederholte Mahnungen, dass das nicht genügend sei, sagt er endlich: «16 Minuten» und auf weiteres Fragen «16 Minuten vor 3 Uhr», was richtig war. Sonst weder an einem Gehirnnerven, noch an den Sinnesorganen Störungen. Sensibilität und Motibilität intact, nur die Nackenbewegungen ein wenig genirt und dort der Druck auf die Halswirbeldornfortsätze schmerzhaft. Vesicator, Bromkali, Calomel.

14. 39,0—39,7—39,6 Puls 64. Erbrechen wiederholt, gar keine Kopfschmerzen (vielleicht Vesicator?). Consultation mit Dr. Kernig. Er stimmt meiner Diagnose auf tuberculöse Meningitis vollkommen zu, obgleich die Symptome noch wenig prägnant sind: Nackenstarre und Contracturen an den Beingelenken nur angedeutet, keine Convulsionen, keine Ausfallssymptome an den Hirnnerven. Heute keine Kopfschmerzen. Gedächtniss, Sensorium, Sprache ganz intact. Es war anzunehmen, dass die Entzündung an der Hirnbasis weniger den hinteren Theil ergriffen, sondern mehr den vorderen, namentlich war die linke Fossa Sylvii als Sitz stärkerer Entzündung anzunehmen, da gestern Sprachstörungen sich zeigten. Creosot, Jodkali.

15. 39,4—39,3—39,1 Puls 60. Grosse Unruhe Nachts. Erbrechen. Kopfschmerz wenig. Sensorium, Sprache sehr gut.

16. 39,4—39,1—39,6 Puls 65. Mehr Kopfschmerz. 2 Mal Erbrechen. Sensorium und Sprache sehr gut. Im Gebiete des linken Facialis Zuckungen, die er selbst nicht empfindet. Beim Sehen nach rechts wird in den Augen etwas Schmerz empfunden.

17. 39,6—39,8—39,3 Puls 62. Etwas benommen. Auffallend wenig Urin, derselbe enthält keine abnormen Bestandtheile. Sprache, Sehen und Hören ganz intact. Zuweilen Zuckungen im linken Facialis und durch den ganzen Körper. Kopfschmerz gering, Bewegungen im Nacken fast unbehindert, auch die Dornfortsätze wenig druckempfindlich.

18. 39,3—39,5—39,4 Puls 68. Nacht 4 Stunden geschlafen. Am Morgen eine Periode grosser Unruhe, immerfort dasselbe gesprochen, dabei zuweilen Paraphasie (statt «Tassen» «Schassen»). Das Ticken der Taschenuhr wird von beiden Ohren gut gehört, aber Fragen muss man oft wiederholen, es scheint aber, dass er mit dem linken Auge weniger gut sieht.

Keine Convulsionen, keine Lähmungen, keine Parästhesien.

19,?—38,7—39 Puls 76. Gestern Abend 10½ Uhr trat eine plötzliche Veränderung des Zustandes ein. Fast völlige Bewusst- und Sprachlosigkeit. Sonst keine Lähmungen. Während 12 Stunden hat er nur einmal «nein» gesagt, sonst nichts und insofern zeigt sich nach 12 Stunden Wiederkehr des Bewusstsein, dass er den Kuss seiner Mutter zu erwiedern sucht. Die Pupillen sind ebenso plötzlich sehr erweitert mit ganz schwacher Reaction bei grellem Lichteinfall. Urin ins Bett, kein Stuhl. Meist liegt er ganz ruhig, ab und zu dreht er sich, kein Versuch sich aufzusetzen. Kein Erbrechen. Schlucken gut. Einiges scheint ihm besonders zu schmecken. 20 Stunden nach Eintritt der Aphasie Ophthalmologische Untersuchung durch Dr. Schroeder: Augenspiegelbefund ganz negativ. Keine Choroidaltuberkeln. Keine Neuritis. Gefässe gut. Die ad maximum erweiterten Pupillen zeigen keine Spur von Reaction. Er folgt mit den Augäpfeln eine Zeit lang dem Finger in allen Richtungen, dann ermüdet er.

20. 39,1 Puls 110—38,0 P. 60—38,9. Der bis dahin so retardirte Puls von heute Morgen sehr beschleunigt, dann wieder langsam. Nacht ruhig geschlafen. Nach 24 Stunden zum ersten Mal etwas Urin gelassen. Stuhl nach Clysma reichlich, darnach mehr Bewusstsein und einige Worte gesprochen, aber nur ab und zu ein «ja» oder «nein». Auf Verlangen zeigt er die Zunge, aber auffallend ist, dass plötzliche laute Geräusche in seiner Nähe keine Reactionen hervorrufen. Pupillen weniger dilatirt, reagiren etwas mehr. Mit seinen Gesichtsmuskeln macht er viel Grimassen. Sehr starker Schweiss nur am Kopfe, so dass das Kopfkissen ganz nass ist.

21. 38,4—39,2—39.1. Der Puls schwankt zwischen 120 und 76, die bisher ganz normale Respirationsfrequenz sinkt heute bis auf 6 in der Minute, dann wieder 18. Guter, ruhiger Schlaf die Nacht. Durchaus mehr Bewusstsein, er kommt mit dem Munde dem Löffel entgegen beim Füttern. Pupillen mittelweit, reagiren. Im Gebiete der N. N. faciales heute Ruhe, dagegen oft unwillkürliche Kaubewegungen. Er hört. Nachdem er vielleicht 10 Stunden kein Wort gesagt, zeigt er auf

den Aermel seines Hemdes und sagt ganz deutlich: «hier fehlt ein Knopf». Darnach wieder völlige Sprachlosigkeit. Nahrung genügend zu sich genommen. Sehr wenig Urin ins Bett, dabei die Blase immer leer. Unterleib weich, mehr eingesunken. Starke Kopfschweisse.

22. 39,2—39,2—39,3 Puls 80—120 immer rythmisch, Resp. 6—24, es ist nicht der Cheyne-Stokes'sche Typus. Hier sind gerade die seltenen Athemzüge sehr laut und tief, während die beschleunigten leise und oberflächlich sind. Kopfschweisse. Meist somnolenter Zustand, aber doch so viel Bewusstsein, dass — während nur deutsch mit ihm gesprochen wird — er der Französin ein Wort russisch sagt, als ob er wüsste, dass hier eine andere Sprache nöthig sei. Jetzt werden die Beine so gut wie gar nicht bewegt, aber ganz gelähmt sind sie nicht. Nadelstiche werden überall am Körper entweder ganz ohne oder mit sehr verspäteter Reaction geduldet; Kneifen ruft eher Schmerzäusserungen ein deutliches «au» mit Schmerzgrimasse hervor, während das gekniffene Glied (Hand, Fuss) kaum bewegt wird. Auf Commando wird die Zunge hervorgestreckt, aber dann auch minutenlang so gehalten trotz wiederholtem Commando, dass es genug sei.

23. 38,6—39,3—38,9. Puls sehr wechselnd. Resp. 16—3½ mit totalen Athempausen von 20 Secunden, mehrere Male nach einander, ohne dass am Schlafenden die geringsten Erscheinungen von Cyanose oder Unruhe oder dergleichen sich zeigen. Pupillen sehr dilatirt, beide gleich, reagiren eine Spur; er sieht doch jedenfalls, denn er hebt den Kopf und spitzt die Lippen dem Löffel entgegen, wenn dieser dem Munde genähert wird. Er schlürft die Suppe und schluckt wie ein Gesunder. Meist schläft er, dann liegt er mit offenen Augen ohne Theilnahme für die Umgebung zu zeigen, ohne ein Wort zu sprechen; plötzlich sagt er: «bitte den Topf» urinirt dann in denselben. Dann wieder 24 Stunden kein Wort. Arme und Beine werden bewegt aber sehr selten und in sehr minimem Masse. Facialis und Augenmuskelnerven sind nicht afficirt. Mit den Lippen macht er oft anhaltende unnütze Bewegungen, Saugbewegungen oder dergleichen.

24. 39,5—39,5—39,6 Puls 86—108. Resp. wie gestern. Seit gestern haben die Kopfschweisse aufgehört. Derselbe apathisch-somnolente Zustand. Sehen und Hören ist da, aber erfordert eine Anstrengung, die bald ermüdet. Bewusstsein so weit, dass er seine Mutter erkennt und einmal «Mama» nennt, sonst den ganzen Tag über nichts gesprochen. Consult. mit Dr. Börling, der mit der Diagnose tuberculöser Meningitis einverstanden ist, nur fällt ihm die Constanz der Fiebertemperaturen und der wohlerhaltene Rythmus des Pulses auf. Mir war das Fehlen der Convulsionen befremdend. Von allen Reizen rufen Kitzeln an den Fusssohlen am meisten Reaction hervor, die Beine werden dabei rasch contrahirt. Stechen und Kneifen veranlassen nun allmähliches und träges Zurückziehen des Gliedes, und nur, wenn sie sehr stark sind, sagt er laut «au» mit Schmerzgrimassen im Gesicht. Trousseau'sche Linie sehr deutlich, Nacken beweglich, vielleicht etwas weniger als normal. Urin sehr spärlich, Stuhl gar nicht. Abmagerung hochgradig trotz verhältnissmässig reichlicher Nahrungsaufnahmen.

25. 39,1—39,9—39,4 Puls und Athmung immer wechselnd. An letzterer immer der gleiche Typus: 2—3 Minuten lang sehr tiefe, seufzende Athemzüge, 4—8 Mal in der Minute und dann wieder mehrere Minuten lang schneller (bis 22 in der Minute) oberflächliche, oft kaum hörbare. Lungen und Herz lassen keine Störungen erkennen. Jetzt in 24 Stunden kein Wort gesprochen. Bewusstsein wie gestern. Eine Zeit lang Trismus dann Tremor am Unterkiefer, dann langdauernde Kau- und Beissbewegungen. Rechtes oberes Augenlid hängt tiefer, als linkes, wird aber gut bewegt. Pupillen ad maximum dilatirt, fast ganz ohne Reaction. Der gestern so rege Kitzelreflex an den Sohlen ist ganz geschwunden. Nur bei der Fütterung erkennt man, dass er nicht ohne Bewusstsein ist, er kommt dem Löffel entgegen, schluckt gut und verweigert dann nach einiger Zeit weitere Nahrungsaufnahme. Auch scheint er bestimmten Speisen den Vorzug zu geben.

26. 39,2—39,3—38,5 Puls 92—108. Resp. unregelmässig. Zunge wird nicht mehr vorgesteckt. Am linken Auge der Oculomotorius gelähmt: Ptosis und nur Abducensbewegung. Am rechten Beine noch eine Spur von Schmerzempfindung, am linken nicht. Schluckt auch etwas. Oft Grimassen im Gesichte, als ob er weinen wolle.

27. 39,1—39,7 Puls 168 Resp. 8. Schluckt und bewegt die Arme ab und zu etwas. Die Beine werden nicht bewegt. Bei tiefen Nadelstichen ins rechte Bein, sagte er wieder deutlich «au». Linksseitige Oculomotoriuslähmung, sonst keine anderen. An den Pupillen keine Reaction mehr. 2 Mal am Tage ein wenig Urin ins Bett.

28. 39,2—38,6. Puls am Morgen 170, Abends unzählbar. Schluckt gut, ohne sich zu verschlucken. Offenbar hat er auch die Mutter erkannt, undeutlich «Mama» gesagt und ihren Kuss verstanden. Die letzten Stunden des Lebens sehr unruhig, stöhnender Athem.

Tod um 3 Uhr Nachts zum 29. Januar.

Section 1. Februar. Nach 4×24 Stunden post. mortem, durch Dr. Westphalen.

Schädelhöhle. Am Schädel und der dura mater keine Veränderungen. In der pia mater an der Basis und theilweise auf der Convexität tuberculöse Meningitis. Ein gallertig eitrig-seröses Exsudat, am stärksten im Bereiche des chiasma nerv. opt. und hinter demselben, umhüllt vollständig die beiden oculomotorii, verbreitet sich längs den Sylischen Spalten, gewissermassen die Arteriae fossae Sylvii und ihre Verzweigungen umschliessend. Zwischen beiden Fossae Sylvii besteht aber hier der Unterschied, dass die Entzündung rechts nur wenig ausgeprägt ist, während das links sehr intensiv der Fall ist, derart, dass einmal die Fortsetzung des tuberculösen Exsudates auch auf die Convexität übergreift, andererseits die tuberculöse Affection auch in die Hirnrinde hier und zwar ausschliesslich im Bereiche der Insula Reilii eindringt. Nirgends sonst ist die Rinde mitergriffen auch wo das Exsudat der pia mater sehr reichlich ist. Die Rinde der Insula Reilii zeigt aber eine bräunliche Erweichung, welche die Capsula externa in ihr Bereich zieht und bis ans Claustrum heranreicht. Auch auf der rechten Hemisphäre lassen sich an der Convexität in den subarachnoidalen Räumen eitrig gefärbte Flüssigkeit und einzelne miliare Knötchen nachweisen, meist längs den Gefässscheiden; auch hier ist es klar, dass der Process aus der Sylvischen Furche hinaufgekrochen ist, aber viel schwächer als links. Neben diesen, längs den Gefässen ziehenden Veränderungen, sieht man, dass von der Basis aus flächenförmig längs der pia mater eine starke Hyperämie der folgt ist Piavenen und die Entwickung miliarer Knötchen erfeinsten und zwar vorn auf die Unterfläche des Stirnhirns, die nervi olfactorii bedeckend, seitlich auf die Unterfläche der Temporallappen und nach hinten über die ganze Varolsbrücke und die linke Hälfte der medulla oblongata. Ueberall sind die Entzündungserscheinungen links stärker ausgeprägt als rechts. — Im Uebrigen sind alle gyri stark abgeplattet. Die sulci schmal, das Hirn mässig durchfeuchtet. Sämmtliche Hirnventrikel durch hämorrhagisch-klare Flüssigkeit stark ausgedehnt. Im Ependym der Ventrikel einzelne opake Knötchen; Plexus choroidei bis auf die Cystenbildung anscheinend normal und die übrigen Abschnitte des Gehirns ohne Veränderung.

Brusthöhle. An der linken Seite der Wirbelsäule eine über haselnussgrosse, durchweg verkäste Lymphdrüse als Ausgangspunkt der ganzen Krankheit. In beiden Lungen in allen Lappen multiple lobuläre fibrinöse Pneumonien mit secundärer Verkäsung und miliaren Tuberkeln in ihrer Umgebung und den benachbarten Pleuraabschnitten. Die pneumonischen Herde ziemlich gleichmässig in allen Theilen der Lungen vertheilt von Erbsen- bis hier und da Wallnussgrösse. Lungen frei von Adhäsionen. Pleurahöhlen leer. Miliartuberkulose mässigen Grades der Milz. Spuren venöser Hyperämie und fettiger Degeneration der Leber. Parenchymatöse Trübung des Herzens, der Leber und der Nieren.

Epicrise. In einer Beziehung bietet dieser Fall von tuberculöser Meningitis Interessantes: es traten während des 4-wöchentlichen Verlaufes nur in einem Gebiete schwere Ausfallserscheinungen auf, in dem der Sprache. Sonst functionirten bis zuletzt die Sinnesorgane, er sah, hörte und schmeckte deutlich. Das Bewusstsein war bis zum 18. Krankheitstage vortrefflich, dann — offenbar durch plötzlichen Eintritt eines beträchtlichen Hydrocephalus externus und internus — einige Tage fast aufgehoben, um sich aber für die letzte Lebenswoche theilweise wieder einzufinden, er erkannte die Mutter, verstand ihre Zärtlichkeiten, zeigte Nahrungsbedürfniss und half bei der Nahrungsaufnahme bis er befriedigt war; er erkannte die Französin als solche, mit der man nicht deutsch sprechen könne, er erkannte das Fehlen eines Hemdknopfes und äusserte einmal das Bedürfniss zu uriniren. Immerhin Zeichen, dass das Bewusstsein nicht ganz aufgehoben sei, wenn er auch meist in mehr somnolenten Zustande war. Ferner fehlten Lähmung bis wenige Tage vor dem Tode gänzlich, bis sich endlich Lähmung des linken Oculomotorius einstellte und auch die Beine sehr wenig bewegt wurden. Ebenso fehlten Hyperästhesien und Anästhesien, wenn man von den letzten Lebenstagen absieht, wo die Schmerzempfindlichkeit erlosch. Contracturen waren an den unteren Extremitäten nur angedeutet, sonst nirgends vorhanden und Convulsionen fehlten vollständig. Je unbedeutender nun aber die übrigen Störungen der Gehirnfunctionen waren, um so deutlicher

traten dieselben in dem einen, schwer betroffenen, Gebiete, in dem der Sprache, hervor. Sie fingen sich schon am 13. Krankheitstage an bemerklich zu machen. Es war eine Sprachstörung, nicht eine Bewusstseinstörung, wenn er auf Verlangen die Uhr fixirte und statt «16 Minuten vor 3» nur «16» sagte, dann auf mehrfaches Ermahnen «Minuten» und dann endlich «16 Minuten vor 3». Sein Bewusstsein war gut, denn er beantwortete zu derselben Zeit die Frage nach seinem Geburtstagsdatum sofort mit «20. Juni» und was er zuletzt gegessen mit «Mannabrei»! Also für Längstbekanntes und Ebenerlebtes war das Gedächtniss gut und die Antwort erfolgte präcise, weil sie kurz sein konnte. Aber statt «16 Minuten vor 3 Uhr» sagte er wiederholt nur «16», dann «16 Minuten» etc. wie einer, der nur ungeschickt buchstabirend lesen kann. Es ist ja die Lesestörung sehr bekannt, wo gebildete Leute nach Erkrankungen plötzlich nur mühsam buchstabirend lesen können. Ich kenne einen intelligenten Kaufmann, der jetzt vor einem Jahre einen leichten apoplectischen Insult erlebte, wonach sofort bleibende rechtsseitige homonyme Hemianopsie eintrat, aber die Blutung muss ausser der Sehsphäre im linken Hinterhauptlappen auch den linken Gyrus angularis etwas afficirt haben, denn er liest bei richtiger Haltung des Buches kurze Worte gut, 3 und 4-silbige dagegen sehr mühsam indem er die einzelnen Sylben mehrere Mal hinter einander wiederholt und oft die ersten Sylben wieder vergessen hat, wenn er bei der letzten angekommen ist, das Schreiben geht dagegen viel besser. Ganz ähnlich dieser Lesestörung lag die Sprachstörung hier. Er erkannte den augenblicklichen Zustand auf dem Zifferblatte der Uhr ganz richtig, aber er wusste nicht, mit wie viel Worten das auszudrücken sei, er glaubte schon alle nothwendigen Worte gesagt zu haben, nachdem er nur das erste ausgesprochen hatte. — Schon jetzt konnte die Diagnose dahin specialisirt werden, dass die tuberculöse Meningitis besonders die linke Sylvische Spalte eingenommen habe und von dort aus die graue Rinde der Sprachcentrenregion afficirt habe. Der weitere Verlauf bestätigte und vervollständigte das. Zunächst kam immer häufiger das Nichtfindenkönnen eines Wortes und Sichversprechen, Paraphasie, vor. Statt «Tassen» sagte er «Schassen» etc., dann wiederholte er denselben Satz viele Mal, ohne dass er das Unvernünftige dieses Wiederholens einsah. Nun aber trat am 18. Tage die geschilderte plötzliche Veränderung ein: die bis dahin engen oder nicht weiten gut reagirenden Pupillen standen starr ad maximum dilatirt, der bisher sehr retardirte Puls war zeitweilig bis 120 beschleunigt, die Respiration verlangsamt, das Bewusstsein geschwunden. Es schien als ob der plötzlich eingetretene Hydrocephalus (da Pupillen-Dilatation ad maximum da war offenbar auch hydrocephalus internus) dem Leben rasch ein Ende machen würde. Aber der Kranke lebte noch 10 Tage und unter profusen Schweissen, nur mit der Kopf- und Gesichtshaut, wurde das seröse Transsudat von der Hirnoberfläche resorbirt, denn es traten die vorher geschilderten Erscheinungen der theilweisen Wiederkehr des Bewusstseins und die Function sämmtlicher Sinnesorgane wieder ein und die Ernährung ging genügend von statten. Aber jetzt war complete Aphasie da, jetzt mussten die Sprachcentren schwer geschädigt sein. Dass er beim Kneifen oder bei tiefen Nadelstichen deutlich «au» rief, war nicht auffallend, da solche Exclamationen nach den Autoren (Jackson) auch von der rechten Hemisphäre besorgt werden. Doch, nachdem er in den ersten 24 Stunden nach Eintritt der Aphasie nicht gesprochen hatte (man glaubt einmal ein «nein» gehört zu haben) sagte er 48 Stunden nachher je einige Mal «ja» und «nein»; dann aber am 21. Krankheitstage sagte er deutlich den Satz «hier fehlt ein Knopf», was ganz richtig gewesen war. Am 22. Tage murmelte er zu der allein an seinem Bette anwesenden Französin ein russisches Wort, das aber hier keinen Sinn hatte; am 23. Tage als einziges Gesprochene den vernünftigen Satz «bitte den Topf» und dann zuletzt am 24. einmal «Mama». Die letzten 4×24 Stunden des Lebends hat er wohl nichts mehr gesagt, obgleich er nicht bewusstlos war.

Die Section sollte nun aufklären, woher solche Widersprüche möglich waren, dass ein Kranker während mehrerer Tage vollkommen sprachlos sein und dann plötzlich einen und den anderen correcten Satz aussprechen konnte. Die beiden Hauptcentren der Sprache, das motorische in der III. Stirnwindung und das sensorische in der obersten Schläfewindung konnten nicht zerstört sein, es mussten Bahnen zweiter Ordnung ergriffen sein.

Wie das mitgetheilte Protokoll der Section sagte, war die tuberculöse Meningitis diffus an der Basis, auch durch die Sylvischen Furchen auf die Convexität beider Hemisphären übergegangen, durchweg links stärker als rechts, wie das auch die Erscheinungen am Lebenden erkennen liessen. Auffallend ist es, dass bei solcher Ausbreitung keine Convulsionen während des Lebens eingetreten waren. Uebrigens ist das auch anderweitig beobachtet und in den Handbüchern mitgetheilt worden. Nackenstarre und Contracturen an den Gelenken der Beine waren nur angedeutet und von wechselnder Intensität, offenbar weil die Entzündung nicht über die medulla oblong. hinabgegangen war. So viel von der Meningitis, die also nichts Aussergewöhnliches darbot.

Interessant ist aber, dass an einer Stelle der Hirnoberfläche, nur an dieser, der entzündliche Process in die Hirnrinde eingedrungen war. Das war gerade im Gebiete der linken Insula Reilii. Die benachbarten gyri frontales und temporales waren ganz intact. Herr Dr. Westphalen hatte die Güte die erkrankte Partie nach allen entsprechenden Vorbereitungen mikroscopisch zu untersuchen und den Befund mir folgendermassen mitzutheilen:

«Mikroscopischer Befund an der Rinde im Bereiche der Insula Reilii: die pia mater verdickt, weist namentlich in der Umgebung der Gefässe miliare Tuberkel auf. Die subarchanoidalen Räume mit Leucocyten, seröser Flüssigkeit und Fibrin infiltrirt. An vielen Stellen setzt sich der exsudativ-meningeale Process auf die Hirnrinde fort und zwar sowohl per continuitatem direct von der pia mater aufs Hirn, als auch namentlich längs den Gefässen, welche von aussen in die Hirnrinde eintreten, deren periadventitiellen Scheiden stark kleinzellig infiltrirt erscheinen. Dort wo der Process auf die Hirnrinde übergegangen ist, erscheinen die oberflächlichen Abschnitte der Rinde fleckig hämorrhagisch und zellig infiltrit. Das Gewebe ausserdem körnig gequollen, die Ganglienzellen unregelmässig gestaltet und getrübt, innerhalb von Hohlräumen des umgebenden Gliagewebes belegen. Schliesslich finden sich in der Rinde noch ganz vereinzelte miliare Tuberkeln und zwar augenscheinlich in Beziehung zu den eintretenden Gefässen. Auf grösseren Schnitten durch die erkrankte Rinde finden sich aber neben den eben geschilderten Veränderungen zerstreute Partien, die viel weniger pathologisch verändert sind, wo die Ganglienzellen normal scharfconturirt, wohlerhalten erscheinen; aber die erkrankten Partien überwiegen bei weitem die gesund gebliebenen. Diagnose aus dem mikroscopischen Befunde an der Insula Reilii: Leptomeningitis sero-fibrinosa-purulenta. Encephalitis tuberculosa».

Vergleichen wir nun die gefundenen anatomischen Veränderungen mit den Sprachstörungen, so werden die neuesten Erfahrungen über die Localisationen der Sprachcentren hier durchaus bestätigt. Bis zum Eintritt der completen Aphasie am 18. Krankheitstage sprach Pat. sehr viel, er hatte immer etwas nöthig, daher waren gleich die ersten Störungen leicht erkennlich. Folgt man

dem Wernicke-Ziehen'schen Schema, so musste das Feld der optischen Erinnerungsbilder (Occipitallappen) intact sein, denn er erkannten und deutete die Stellung der Zeiger an der Uhr richtig. Die Bahn von diesem Felde zum sensorischen (acustischen) Centrum und dieses Centrum selbst (I Temporalwindung) mussten auch intact sein, denn er fand gleich die richtigen Klangbilder für das Gesehene. Er wusste, dass die Frage nach der Zeit mit «16» anfange. Da dieses Wort auch deutlich und richtig ausgesprochen wurde, musste die Leitung vom sensorischen Sprachcentrum zum motorischen und das motorische Sprach-Centrum selbst (III. Stirnwindung) noch erhalten sein. Nirgends vom Occipitallappen bis zur Zunge konnte eine völlige Unterbrechung sein. Woher kam nun aber der Satz «16 Minuten vor 3» so stückweise hervor? Eine Aufklärung oder richtiger gesagt, einen Hinweis auf die Localisation gab das Sichversprechen des Pat. Das Sichversprechen geschieht durch Störungen in der intercentralen Bahn, zwischen sensorischem und motorischem Sprachcentrum, zwischen oberster Schläfe- und unterster Stirnwindung. Also gerade in der Insula Reilii. Somit ist nachträglich klar, dass das Uebergreifen der Meningitis auf die Rinde in der Insel schon am 12—13 Krankheitstage geschah. Es scheint also wohl berechtigt, für die Erkrankungen der Insula Reilii ausser dem bekannten vielfach bestätigten Symptom des Sichversprechens, noch auf ein neues aufmerksam machen zu dürfen: dass der Kranke vergisst mit wie viel Worten er etwas auszudrücken hat, dass er nach dem ersten richtig ausgesprochenen Worte glaubt Alles Nothwendige gesagt zu haben. Oder sind die durch die Erkrankung in der Insel geschaffenen Leitungshindernisse so bedeutend, dass der Impuls einen Satz auszusprechen, nur für das erste Wort ausreicht? Als nun am 18. Tage der acutissime eintretende hydrocephalus externus und internus das bisher so wenig bedrohlich erscheinende Krankheitsbild (die Angehörigen hofften trotz aller ärztlichen Warnungen das Beste) plötzlich total veränderte, trat im Sprachgebiete statt der unbedeutenden Paraphasie totale Aphasie auf, die nicht besser wurde, während doch dass Bewusstsein sich soweit herstellte, dass er die Mutter, die Französin etc. erkannte, bei der Nahrungsaufnahme half etc. Offenbar entwickelte sich jetzt die bei der Section gefundene Encephalitis in der Insula bis zum Claustrum hin. Dass er jetzt noch ab und zu «ja» «nein» «Mama» sagte ist nichts Befremdliches, denn diese 3 Worte waren gewiss die, die er in seinen 12. Lebensjahren am allerhäufigsten ausgesprochen hat; solche Worte benutzten die sogenannten ausgeschliffenen Bahnen, ohne sich um an die vorschriftsmässigen Stationen zu kümmern. Die Möglichkeit wird von den Autoren anerkannt, dass ein Impuls vom opitschen Erinnerungsbilde direct zum motorischen Sprachcentrum gelangen kann, gerade für solche fast stündlich vorkommenden Worte wie für ein Kind das «Mama». Aber schwer zuzugeben ist dieser directe Weg für die beiden Sätze, die unser Kranker während der 10-tägigen Aphasie deutlich aussprach. «Hier fehlt ein Knopf» ist ein zu schwerer zu ungewöhnlicher Satz für ausgeschliffene Bahnen. Aber auch die Erfahrung ist nicht zur Erklärung zu verwerthen, dass Kinder bei Erkrankung des Sprachcentrums in der linken Hemisphäre bald die rechtsseitigen Hirntheile zur Function der Sprachcentren bringen. Sachs in New-York zeigte, dass bei Kindern mindestens ebenso oft linksseitige Lähmungen mit Aphasie verbunden sind, als rechtsseitige, woraus hervorgeht, dass Kinder mit beiden Hemisphären sprechen und erst im späteren Alter die Sprache «linkshirnig» wird (wahrscheinlich erst nach dem ausgesprochenen Auftreten der Rechtshändigkeit). Wie gesagt, das darf hier nicht angewandt werden, denn erstens war der Pat. schon 12 Jahre alt und dann geschieht die Gewöhnung der rechtsseitigen Centren ganz allmählich, so dass das Sprechen wie beim ersten Erlernen mit den einfachsten Ausdrücken beginnt und nicht mit einem solchen Satze, wie der gebrauchte. Es muss vielmehr zur Erklärung hingewiesen werden auf die mikroscopischen Bahnen in der Insula Reilii. Der grösste Theil dieses Hirnabschnittes war degenerirt, aber es wurden doch kleine Reste von normalem Gewebe aufgefunden. Es ist doch nicht unmöglich, dass diese Reste im Stande waren die intercentrale Bahn für die genannten Sätze zu bilden, während für den Kranken viel wichtigere Sätze und Worte keine erhaltene Bahn fanden. Dieses ist kein Zwang anthun den Verhältnissen. Eine Entzündung, wie hier, kann viel eher einzelne Theile verschonen, als zum Beispiel eine Blutung oder ein maligner Tumor in denselben Theilen. Und doch hat man wiederholt auch bei solchen gefunden, dass bei völliger Aphasie vereinzelte, zuweilen sinnlose Sätze ganz deutlich ausgesprochen werden. Ein Kranker mit Erkrankung des motorischen Sprachcentrums konnte nichts sprechen als nur den Satz «der Hund beisst».

Zum Schluss möchte ich noch auf die schwere Störung des Respirationsmodus hinweisen, welche mit dem Eintritt des Hydrocephalus auftrat und bis zum Tode verblieb. In der Minute zuweilen nicht volle 4 Respirationen und dann wieder ganz leise, oberflächliche beschleunigte. Da die Section zeigte, dass alle Hirnventrikel dilatirt waren, also auch der III. und der Aquaeductus Sylvii, so liegt es näher, die hier liegenden Centren für die Respiration als geschädigt anzusehen, als wie die Centren in der Medulla oblongata. Es waren sonst gar keine Symptome von Seiten der Medulla oblongata da.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Крафтъ-Эбингъ: Учебникъ психіатріи. Переводъ А. Черемшанскій. 3-е русское изданіе. С-Петербургъ, Изданіе Риккера, 1897. Цѣна 5 рублей. 889 pag.

Dieses populärste der psychiatrischen Lehrbücher erscheint zum dritten Male in russischer Uebersetzung. Das Original, die 5. deutsche Auflage, wurde bereits 1893 herausgegeben. Die bis zum Erscheinen der russischen Ausgabe nothwendigen Ergänzungen sind vom Uebersetzer in Form von Literaturhinweisen und selbstständigen Bemerkungen gemacht worden. Die Ausstattung ist eine gute. Innerhalb des russischen medicinischen Publicums wird das Buch ebenso wie die früheren Auflagen sicher die wärmste Aufnahme finden.

Michelson.

E. Schreiber: Arzneiverordnungen. Th. II. Frankfurt a/M. Verlag von J. All. 1897.

Bei der Herausgabe dieses Receptbüchleins, das in dritter Auflage erschienen, ist das Bedürfniss des praktischen Arztes der leitende Gesichtspunkt gewesen. Die Arzneimittel finden sich in alphabethischer Reihenfolge aufgezählt, 617 Recepte angeführt, jedes mit Angabe des Preises, wobei es Verf. bei der Zusammenstellung der Recepte vornehmlich auf Vermeidung unnöthiger Arzneikosten abgesehen hat. Es ist ein ganz handliches brauchbares Büchlein.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1264. Sitzung am 10. Februar 1897.

1. Herr Hirsch hält einen Vortrag «Ueber die Behandlung mit Spermin (Poehl) (ist mittlerweile in d. St. Peterburger med. Wochenschrift zum Abdruck gelangt) mit Demonstration eines einschlägigen Falles.

Discussion.

Herr Moritz hat gleichfalls circa 50 Pat. mit Spermin, hauptsächlich in der Injectionsform behandelt, wobei meist gleichzeitig die von Prof. Poehl gewünschte Controlle durch die Harnanalyse ausgeführt wurde. In einer Reihe von Fällen trat subjective Besserung ein, in andern wurde eine solche vermisst. Das Gleiche lasse sich auch von der Harnanalyse berichten, welche in einigen Fällen eine Zunahme der intraorganen Oxydation erkennen liess, in anderen wiederum keine Veränderung durch Spermingebrauch erlitt. Es sei überhaupt

sehr schwer einen objectiven kritischen Massstab an die Spermintherapie anzulegen, da es sich fast stets nur um subjective Besserungen handelte. Irgend eine schädliche Einwirkung des Mittels konnte niemals beobachtet werden.

Herr Lunin. Der vom Ref. erwähnten Thatsache, dass durch Spermingebrauch eine Leukocytose eintritt, welcher wiederum eine Leukolyse folgt, wobei aus den zerfallenden Leukocyten actives Spermin gebildet würde, könnte entgegnet werden, dass dieser Sperminbildungsprocess noch nicht aus dem Rahmen einer hypothetischen Vermuthung herausgetreten sei. Auch sei die Eigenschaft Leukocytose zu bewirken keineswegs speciell dem Spermin eigenthümlich; diese Reaction trete nach der Injection eines jeden Eiweisskörpers ein, und bei einigen derselben in noch höherm Grade als bei dem Spermin.

Herr Westphalen glaubt, ohne irgendwie die therapeutische Seite der Sperminfrage zu berühren, dass das Spermin für den Organismus kein ganz gleichgiltiger Körper sein dürfte, sondern augenscheinlich in enger Beziehung zum Blutchemismus stehen müsse. Nach Poehl wären die Charcot-Leydenschen Krystalle identisch mit inactivem Sperminphosphat. Allerdings bilden sich die Krystalle nicht im lebenden Organismus, sondern entstehen erst im Moment des Gewebetodes. Sie treten aber überall da auf, wo auch gleichzeitig eosinophile Granula in grösserer Anzahl innerhalb der Zellen gebildet werden: bei der Leukaemie im Blute, im Asthmasputum, in Nasenpolypen, im Darm bei Anwesenheit von Helminthen etc. Jedenfalls treten die Krystalle stets in Verbindung mit den eosinophilen Zellen auf, scheinen mithin in enger Beziehung zu denselben zu stehen. Da nun die eosino- oder oxyphilen Granula auf eine chemische Alteration des Zellprotoplasma der Leukocyten hinweisen, in denen sie sich finden, so dürften auch die Charcot-Leydenschen Krystalle, alias falls die Angaben Poehl's richtig sein sollten, das Sperminphosphat in Beziehung zu dieser Alteration des Chemismus des Protoplasma stehen, in welchem sich die eosinophilen Granula bilden.

Herr Hirsch hat ausser den im Vortrag erwähnten Fällen das Spermin des öftern meist bei Neurasthenikern und Anaemischen vorzugsweise mit gutem Erfolge angewandt. Namentlich habe es auf ihn den Eindruck gemacht, als ob bei Anaemischen gleichzeitiger Eisen- und Spermingebrauch besser wirke, als die Anwendung des Eisens allein. Im Uebrigen wäre er geneigt Spermin hauptsächlich als ein Tonicum anzusehen, welches den Angaben Poehl's zufolge die intraorgane Oxydation verstärke und mithin die Verbrennung der giftigen intermediären Stoffwechselproducte des Gewebszerfalles beschleunige, wofür namentlich die vermehrte Ausscheidung der Leukomaine im Harn bei Spermingebrauch sprechen dürfte. Schlechte Nebenwirkungen habe er (Hirsch) niemals gesehen, allerdings scheinen individuelle Eigenthümlichkeiten bei Spermingebrauch zu bestehen, insofern dasselbe sehr inconstant wirke. Ausserdem müsse die Behandlung lange fortgesetzt werden.

Der Einwand des Herrn Lunin, dass es noch vorderhand hypothetisch sei, ob sich bei der Leukolyse Spermin bilde, müsse voll anerkannt werden.

2. Herr Wanach berichtet über folgenden Krankheitsfall. J. N., Student, 24 J. a., kam am 8. Mai 1896 in W's Behandlung. Er war seit 5 Tagen krank und bot dass classische Bild einer acuten perityphlitischen Attaque. Verstopfung, Leibschmerzen, Uebelkeiten, Fieber, Abscess in der rechten Fossa iliaca. Allgemeinzustand ziemlich gut. Bei der Operation wurde ca. ein Esslöffel wenig riechenden Eiters entleert. Der Processus vermiformis verdickt, stark injicirt und längs dem Ansatz des Mesenteriolum gangränös, die Gangrän ging auch auf das Mesenteriolum über. Der Processus vermiformis wurde resecirt, die Wunde tamponirt und offen gelassen. Der weitere Verlauf war ganz anders, als wir es in ähnlichen Fällen zu sehen gewöhnt sind. Die Temp. fiel nicht ab, am 4 Tage trat leichter Icerus auf. Späterhin Schmerzen im Epigastrium, Uebelkeiten und Erbrechen. Keinerlei peritonitische Symptome. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich immer mehr, die Wunde granulirte schlecht und blutete leicht. Erst am 12. Juli konnten objective Veränderungen in der Lebergegend festgestellt werden: leichte Vorwölbung der rechten unteren Thoraxpartie, Druckempfindlichkeit in den Intercostalräumen und Höherstand der oberen Lebergrenze um ca. 2 Querfinger. Nach unten war die Leber nicht vergrössert. Die Probepunction im 7 Intercostalraum, in der rechten Axillarlinie, ergab stinkenden gallig gefärbten Eiter. Sofort wurde der äusserst erschöpfte Kranke operirt, Resection der 8. Rippe, Incision der Pleura costalis, die mit der Pleura diaphragmatica nicht verklebt ist. Pneumothorax entsteht nicht, da das Diaphragma der Brustwand fest anliegt. Incision des Zwerchfells, dessen Wundränder mit scharfen Haken vorgezogen werden. Die Oberfläche der Leber spiegelnd, frei beweglich. Nachdem zwischen Leber und untere Fläche des Zwerchfells ringsum reichlich Tampons eingeführt sind, wird nach nochmaliger Punction ein mannsfaustgrosser Abscess in der Leber eröffnet. Die Abscesshöhle ist buchtig, enthält mehrere Taschen und Gänge, die tief ins Lebergewebe reichen und durch brüchige Scheidewände zum Theil von einander geschieden sind. Sorgfältige Tamponade. Der Kranke besserte sich langsam, aber stetig. Die sehr starke Gallensecretion legte den Gedanken nahe, dass ein grösserer Gallengang durch den Abscess arrodirt sei. Es restirte eine Gallenfistel, deren Beseitigung viel Mühe und Zeit in Anspruch nahm. Erst am 22. Januar 1897 schloss sich die Fistel definitiv. Eine Vorstellung vom Zustand des Kranken giebt das Verhalten des Körpergewichtes. Dasselbe betrug am 4. September 1896, also 1½ Monate nach Eröffnung des Leberabscesses, als der Pat. sich schon soweit erholt hatte, dass er auf die Wage gesetzt werden konnte, 50,5 Kgr. — gegenwärtig dagegen 69,0 Kgr.

Das Hauptinteresse des Falles liegt darin, dass der Zusammenhang zwischen der Appendicitis und dem Leberabscess so klar ist, wie es selten constatirt werden kann. Die Gangrän des Mesenterialansatzes des Processus vermiformis muss zur Thrombose der Mesenterialvenen geführt haben. Diese münden in die Vena Portae und auf diesem Wege wurden die infectiösen Thromben in die Leber verschleppt. Dass der Leberabscess auf embolischem Wege und durch Confluenz mehrerer kleiner Abscesse entstanden war, dafür spricht seine oben beschriebene Beschaffenheit. Dieser Ausgang ist eine Seltenheit. Meist sind die embolischen Leberabscesse, die nach entzündlichen Vorgängen im Pfortadergebiet entstehen (Dysenterie, Typhus, vereiterte Varicen etc.) multipel und daher der operativen Therapie unzugänglich. So war es auch in einem von Wanach operirten, von L. von Lingen beschriebenen Fall (cf. St. Peterb. med. Wochenschrift 1894, № 27).

Der referirte Fall ist auch dadurch bemerkenswerth, dass der Abscess so hoch im rechten Leberlappen lag, dass er nicht, wie es meist der Fall ist, unter dem Rippenbogen zum Vorschein kam. Dadurch wurde die Operation complicirt, da sowohl die Pleura als die Bauchhöhle eröffnet werden mussten. Das vor Kurzem von Trojanow als neu beschriebene, aber schon mehrfach früher vorgeschlagene und ausgeführte Operationsverfahren zur Eröffnung des subphrenischen Raums — tiefe Naht durch beide Pleurablätter vor Incision der Pleura costalis — hat Wanach nicht angewandt, weil in 7 im Peter-Paulhospital operirten Fällen von subphrenischen- und Leberabscessen keinmal schlimme Folgen von der perpleuralen Incision beobachtet wurden. Die von Trojanow u. A. angegebene Methode erregt verschiedene Bedenken, auf die an einem anderen Ort eingegangen werden soll.

Der Kranke wird demonstrirt. (Autoreferat.)

Discussion.

In Bezug auf den von Dr. Wanach hervorgehobenen Zusammenhang von subphrenischem Abscess mit Perityphlitis erinnert Dr. Kernig an den von Dr. Plinatus vor Jahren mitgetheilten, von Prof. Monastyrsky operirten Fall von subphrenischem Abscess, der ein eigenthümliches Nachspiel gehabt hatte. In diesem von Dr. Plinatus in der St. Petersburger med. Wochenschrift mitgetheilten Fall war zur Zeit, als er von den DDr. Plinatus, Kernig und Monastyrsky beobachtet und operirt wurde, im Herbst 1886 gar nicht die Rede von irgend einer Affektion in der Ileocoecalgegend. Die Entstehung dieses subphrenischen Abscesses blieb damals unklar. — Erst 3 Jahre später, Sommer 1889 meldete sich derselbe Pat. bei Dr. Kernig und es fand sich nun ein etwa kleinapfelgrosser Tumor in der Ileocoecalgegend, der zeitweilig Darmocclusionserscheinungen machte. Bei der von Prof. Tiling, Frühjahr 1890 vorgenommenen Operation erwies sich der Tumor als eine colossal harte, fibröse[1]) retrocoecal gelegene Masse, welche Spuren von eingedicktem Eiter eingesprengt enthielt, somit ihre Entstehung einem vor langer Zeit hier stattgehabten Abscess verdanken musste. Grade auf dem Tumor, auf dieser schwieligen Masse lag die Ansatzstelle des Ileum in das Coecum und bildete hier der Darm eine deutliche Knickung. Es wurde der unterste Theil des Ileum und das Coecum unter Entfernung des Tumors resecirt. Der Fall verlief tödtlich, hinterliess aber Dr. Kernig den Eindruck, dass jener subphrenische Abscess vom Jahre 1886 wahrscheinlich schon seinen Ausgangspunkt in dem damals latent gewesenen retrocoecalen Process gehabt hatte. (Autoreferat.)

Herr Wanach. Die Entstehungsweise der nach Perityphlitis auftretenden subphrenischen Abscesse ist eine andere, als die der Leberabscesse. Während diese fast immer durch Embolien der Pfortaderäste entstehen, bilden sich die subphrenischen Abscesse durch directes Fortkriechen der Eiterung auf zwei Wegen; entweder innerhalb der Peritonealhöhle oder im retroperitonealen Bindege-

[1]) Die von Prof. Tiling wiederholt vorgenommene mikroscopische Untersuchung ergab nur Bindegewebe.

webe. Auf die Wichtigkeit der Unterscheidung dieser beiden Verbreitungswege hat W. Sachs (Arch. f. klin. Chir. Bd. 50) besonderen Nachdruck gelegt und auch nachgewiesen, dass nach Ausbildung des subphrenischen Abscesses der ursprüngliche Eiterherd ausheilen kann, wodurch die Deutung des Krankheitsbildes erschwert wird. Einen typischen Fall von intraperitoneal entstandenem subphrenischem Abscess hat Wanach am 28. Februar 1896 im Verein St. Petersb. Aerzte mitgetheilt (cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1895, № 22). (Autoreferat).

Herr Westphalen erwähnt zur Illustration des in Rede stehenden Gegenstandes 3 Sectionsfälle:

Der erste Fall reihe sich dem von Herrn Kernig skizzirten an: Es fand sich in der Fossa iliaca ein kleinapfelgrosser Tumor der makroskopisch als ein Fibrosarkom erschien und in seinem Centrum einige Tropfen Eiter einschloss. Histologisch untersucht erwies es sich, dass es sich hier um reines Narbengewebe handelte. Anamnestisch konnte erhoben werden, dass Def. viele Jahre zurück eine Perityphlitis durchgemacht hatte,

Der 2. Fall betraf einen Pat. des Deutschen Alexanderhospitals. Obwohl auf Perityphlitis hin examinirt, erinnerte sich der Kranke nicht jemals eine ähnliche Krankheit durchgemacht zu haben. Bei der Section fand sich in der Nähe des Coecums ein Abscess — ferner ein puriform zerfallener Thrombus in der V. portae innerhalb der Leber. Mehrfache Leberabscesse. Perforation eines solchen Abscesses in das Foramen Winslovii.

Im 3. gleichfalls im Alexander-Hospital behandelten Falle handelte es sich um eine perityphlitische Eiterung im Anschluss an die Perforation des Coecum durch eine Nadel, Hinaufschreiten der Eiterung im retrocoecalen und retroperitonealen Zellgewebe, subphrenischer Abscess rechts. Operation, vielfache abgekapselte intraperitoneale Eiterherde.

Director: Dr. Kernig.
Secretair: Dr. Westphalen.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Wenden
29.—31. August 1896.

Fünfte Sitzung.

(Schluss).

4. Herr Dr. Adolphi hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber die combinirte Untersuchung nach Thure Brandt Dührssen».** (Ist erschienen in der St. Petersburger Med Wochenschrift Nr. 43, 1896).

Discussion.

a) Dr Koppe-Pernau. Ich glaube, dass die Untersuchungsmethoden nach Thure-Brandt sehr wenig Anwendung finden. Die Untersuchung von der Seite her ist m. E. mehr durch die Rücksicht auf das weibliche Schamgefühl, als aus technischen Gründen geboten. Da es bei diesen Untersuchungen auf die Länge der Finger ankommt, so ist es wichtig mit 2 Fingern zu untersuchen.

b) Dr. Adolphi. Allerdings findet die Untersuchung nach Thure-Brandt, resp. nach Thure Brandt-Dührssen noch wenig Anwendung. Der Zweck meines Vortrages ist ja dieselbe zu verbreiten. Nicht nur das Schamgefühl, sondern wie ich auseinandergesetzt habe — gerade in erster Linie die technischen Gründe lassen diese Methode bevorzugen. Die Untersuchung mit 2 Fingern (mit der im Vortrage erwähnten Einschränkung), üben m. W. alle Gynäkologen, auch diejenigen, die nach den alten Methoden untersuchen.

c) Dr. Koppe-Pernau. Wie muss während der Untersuchung der Patientin der Arm des Untersuchers sein, zwischen den Schenkeln oder neben den Schenkeln der Frau?

d) Dr. Adolphi. Der Arm des Untersuchenden befindet sich in der Mittellinie und eine Collision zwischen Knieen der Patientin und der Schulter des Arztes ist ausgeschlossen, während bei der Untersuchung zwischen den Schenkeln der Frau eine Collision wohl eintreten kann.

5. Herr Dr. Graupner hält seinen angekündigten Vortrag: **«Zur Diagnose der malignen Erkrankungen des Endometriums».** (Mit Demonstration mikroscopischer Präparate).

Angeregt durch 2 Fälle von Carcinoma Endometrii die Vortragender beobachtet hat, weist er auf die Schwierigkeiten der Frühdiagnose der malignen Neubildungen des Endometriums hin. Nur in der frühzeitigen Erkenntniss der Malignität und in der richtigen Deutung, eventuell sehr kleiner Tumoren oder Wucherungen, könne das Heil der Patienten gesehen werden. Die Schwierigkeiten welche sich der Frühdiagnose in den Weg stellen, sind bedingt durch die Lage des Endometriums, welches der Untersuchung schwer zugänglich ist. Die malignen Erkrankungen der Portio vaginalis gestatten meistens eine exacte Frühdiagnose. Ein palpabler Tumor der durch seine Prominenz auffällt, der bröcklige, oder markige, oder derbe Consistenz aufweist, der sich als infiltrirtes Geschwür dem untersuchenden Finger darstellt, oder welcher bei der Besichtigung im Speculum durch seine Oberfläche, bei tieferem Sitze, durch die Verfärbung der ihn deckenden Schleimhaut sich kenntlich erweist, muss auch den unerfahrenen Untersucher an die Möglichkeit einer malignen Neubildung mahnen. In zweifelhaften Fällen entscheidet die mikroscopische Untersuchung excidirter Partikel. Es ist wichtig und erleichtert die mikroscopische Diagnose erheblich, dass in den excidirten Theilen nicht nur das erkrankte Gewebe, sondern auch das gesunde enthalten ist. Auf diese Weise sind wir in der Lage, Beziehungen der Neubildung zum gesunden Mutterboden, etwaige Wucherungen in die Tiefe, direct unter dem Mikroscop zu sehen. Die Früh-Stadien der malignen Degenerationen des Endometr. cervicis, bereiten der Untersuchung bedeutend grössere Schwierigkeiten. Häufig findet man das Orificium uteri externum geschlossen und die directe Besichtigung im Spiegel ist ausgeschlossen, wenn nicht gerade polypöse Theile der Neubildung sich aus dem Muttermunde vordrängen. Ein kleiner Tumor, welcher im Cervix sitzt entgeht häufig der Palpation, besonders bei grossem Uterus und wenn die Neubildung eine weiche Consistenz hat. Palpable Knoten können leicht als Myome gedeutet werden, ja selbst blosse Consistenzunterschiede im Cervixgewebe können gelegentlich den Palpationsbefund beirren. Die Cervixneubildungen frühzeitig zu erkennen, ist besonders wichtig, wegen der entschiedenen Neigung dieser Tumoren schneller in die Tiefe, in die Parametrien hineinzuwuchern, als die Neubildungen der Portio und Corpustumoren.

Zur Diagnose der Tumoren des Endometriums corporis uteri, kommen nur wenige Hilfsmittel in Anwendung. Die Inspection ist ausgeschlossen, die Palpation ist werthlos, weil es unmöglich ist metritische, sowie myomatöse Veränderungen auszuschliessen. Die Untersuchung mit der Sonde, durch welche man sowohl circumscripte, als auch weitverbreitete Unebenheiten, von glatten Partien der Schleimhaut unterscheiden kann und welche sich in weiches, bröckliges Gewebe hineinbohren lässt, führt zu keiner einwandsfreien Diagnose. Submucöse Myome, benigne Adenome, ja selbst blosse Hyperplasien des Endometriums können derartige Befunde vortäuschen. Die Austastung des Cavum uteri, wie auch des Cervix, giebt in den Frühstadien der malignen Tumoren keine brauchbaren Aufschlüsse. Die Austastung kann nur in den Fällen für die Diagnose herangezogen werden, wenn es sich um polypöse oder circumscripte Wucherungen handelt, während die Qualität eines derben Knotens oder mehrfacher Rauhigkeiten nicht mit Sicherheit erkannt wird, da das sogen. infiltrirende Carcinom dem tastenden Finger entgehen kann. Das einzige Hilfsmittel welches auch bei den «infiltrirenden Carcinomen» seine Bedeutung behält, ist und bleibt die mikroscopische Untersuchung curettirter Gewebsmassen. Der Einwand, dass beim Curettement einzelne Schleimhautpartien von der Curette, oder dem scharfen Löffel nicht erfasst werden und somit gelegentlich gerade die erkrankten Partien nicht zur Untersuchung gelangen, kann durch eine sorgfältige Technik entkräftet werden. Der Vorwurf, man könne am mikroscopischen Bilde eines Partikels nicht erkennen, ob doch nicht eine Neubildung zerstörend in die Tiefe des befallenen Organes eindringe, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Es kommt ja gerade darauf an, die Malignität zu erweisen bevor noch, durch die Wucherung in die Tiefe, die Prognose der Operation getrübt ist. Die Scepsis vieler namhafter Forscher erscheint unverständlich, welche dann erst die Diagnose der Malignität anerkennen wollen, wenn schon Wucherungen in den Nachbarorganen oder Metastasen nachweisbar sind. Carl Ruge hat vor allen Anderen, die Charakteristika der malignen Neubildungen in ihrem Frühstadium kennen gelehrt und seinen Lehren, gegen die vielfachen Angriffe, Anerkennung verschafft. Das Wissen, dass aus seinen Lehren geschöpft wird, berechtigt zu frühzeitigem operativem Eingreifen. Zum Schluss fordert der Vortragende auf, curettirtes Material, das irgend einen Verdacht auf maligne Degenerationen rechtfertigt, solchen Specialisten die sich mit der «Stückchendiagnose» beschäftigt haben, zur Beurtheilung zuzustellen und schildert an der Hand zweier ungewöhnlicher Fälle, die Schwierigkeiten, welche sich gelegentlich solcher «Stückchendiagnose» in den Weg stellen. (Autoreferat).

Discussion.

a) Dr. v. Knorre-Riga. Ich muss Herrn Dr. Graupner vollständig beistimmen, und rathe in jedem Fall, in welchem die mikroscopische Diagnose Carcinom festgestellt ist, die Totalexstirpation auszuführen. Es ist eine unnütze Zeitvergeudung den Uterus zu cauterisiren etc. . . . , denn ist erst einmal das Carcinom makroscopisch zu erkennen, so ist die Hoffnung, durch eine Totalexstirpation den Kranken dauernd zu heilen, stets illusorisch. In den 7 Fällen, in welchen

ich die Totalexstirpation ausführte, beobachtete ich das Auftreten der Recidive im Verlaufe von 3 Monaten, bis zu 1½ Jahren. Die Recidive traten auch in solchen Fällen auf, in welchen das Carcinom sich im Beginne seiner Entwickelung befand, die Parametrien noch nicht nachweisslich befallen waren und man im Gesunden zu operiren glaubte. In Folge dieser traurigen Erfahrungen möchte ich daher, selbst in den Fällen, in welchen das Mikroscop das Carcinom nicht erweist, aus der Anamnese die Möglichkeit eines Carcinoms aber nahe liegt, für die Totalexstirpation eintreten.

Diese Forderung mag etwas zu rigorös klingen, doch ich glaube sie hat ihre Berechtigung, wenn man an die ungeheuere Malignität der Uteruscarcinome und an die verhältnissmässige Gefahrlosigkeit der vaginalen Totalexstirpation denkt.

b) Dr. Meyer-Jurjew (Dorpat). Ich erlaube mir zu der Krankengeschichte des II Falles hinzuzufügen, dass die Totalexstirpation schon zeitig in Vorschlag gebracht war, dass dieselbe aber von der Patientin verweigert wurde.

c) Dr. Koppe-Pernau. Ich möchte gegenüber der vorgeschlagenen, so eingreifenden Operationsmethode doch eine Lanze für den Uterus brechen.

Ich verweise die Herren Collegen auf die guten Resultate des Curettements und auf die Analogie des Uteruscarcinoms mit dem Ulcus rodens. Ich erlaube mir darauf aufmerksam zu machen, dass eine gründliche Auskratzung und der Luftabschluss nothwendige Bedingungen für die Heilung abgeben, und man daher doch die Totalexstirpation des Uterus umgehen könnte.

d) Dr. Graupner-Jurjew (Dorpat). Obgleich die beiden erwähnten Fälle noch heutigen Tages am Leben sind, so muss ich doch die Indication für eine Totalexstirpation aufrecht erhalten. Man muss auch in den Fällen operiren, in welchen die Malignität im mikroscopischen Bilde, in geringer ausgedehnten Partien vorhanden ist, als in den hier demonstrirten Präparaten. Mir ist ein Fall bekannt, in welchem, trotz eines sofortigen Eingriffs, doch schon Metastasen in der Muscularis unter der Serosa aufgefunden wurden und die Patientin nach glücklich überstandener Operation in kurzer Zeit zu Grunde ging.

e) Prof. Kessler. Ich möchte den Vergleich, welchen Herr Dr. Koppe zwischen dem Carcinoma corporis und dem Ulcus rodens zog zurückweisen, da die anatomischen Verhältnisse doch in beiden Fällen durchaus verschiedenartige sind.

f) Dr. v. Knorre-Riga. Es wäre ein Anachronismus noch darüber in Discussion zu treten, ob die Abrasio als therapeutischer Eingriff in der Behandlung des Carcinoma uteri zulässig ist. In dieser Frage herrscht vollkommene Einigkeit, dass nur die Totalexstirpation lebensrettend wirken kann. Es ist entschieden unrichtig, das Ulcus rodens, welches den günstigsten Verlauf von allen Carcinomen aufweist, mit dem Carcinoma uteri zu vergleichen, welches den allerbösartigsten Verlauf darbietet. Wenn Herr College Koppe eine Lanze für den Uterus bricht, so spreche ich aber für das Leben der Frau.

g) Dr. Koppe-Pernau. Wie die Angaben des Herrn Dr. Graupner ergeben, so sind die Frauen mit den befallenen Uteruscarcinomen doch bisher gesund geblieben, sie leben also doch. Ich sehe das günstige Resultat sowohl in der gründlichen Entfernung des Krankheitsstoffes, als auch in dem Sitz der Wunde im Cervicalcanal, wodurch der Luftabschluss gesichert ist. Man beobachtet auch bei den Carcinomen der Portio eine Besserung nach der Abrasio und der der Uebernähung der Wunde mit den Weichtheilen.

h) Dr. Graupner. Die Thatsache, dass das Adenom carcinomatös degenerirt, und dass es nur an wenigen Stellen gelingt charakteristische maligne Adenomwucherungen nachzuweisen, ja dass sogar einzelne untersuchte Theile als benigne Tumoren angesprochen werden müssen, weist doch darauf hin, dass das Recidiv an sich, wegen des drohenden Ausbruches der Malignität, eine Indication für die Totalexstirpation abgiebt. Was den flachen Hautkrebs betrifft, so hat derselbe kein Analogon mit den Erkrankungen des Endometriums.

Discussion.

6. Herr Dr. J. Meyer hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Therapie der Retroversio». (Ist erschienen in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 11, 1897).

a) Dr. v. Knorre. Ich stimme im Ganzen den Ausführungen des Herrn Dr. Meyer zu und möchte nur in einigen Punkten eine andere Meinung verlautbaren. Ich glaube doch, dass man bei den Virgines, bei welchen die Krankheitserscheinungen thatsächlich mit der Retroflexion in Zusammenhang stehen, häufiger als bisher statt der Pessartherapie, eine operative Behandlung einschlagen muss. Es handelt sich doch in den meisten Fällen von virginalen Retroflexionen die dem Arzt zugeführt werden, um eine abnorme Gestaltung der Scheide (Kürze der ganzen Vagina, oder Kürze der vorderen Vaginalwand), die doch einem Pessar nicht die nöthigen Stützpunkte bieten kann, und somit für eine derartige Behandlung nicht zugänglich ist. Abgesehen von diesen Gründen. verbietet es sich von selbst, bei Jungfrauen länger dauernde Behandlungen an den Genitalien vorzunehmen, da man ja dadurch Gefahr läuft, verschiedenartigen Neurosen und der Masturbation Vorschub zu leisten.

In Betreff der Operationsmethode möchte ich die Alexander-Adam'sche Operation, nach der Modification von Kocher vorschlagen. Es gelingt durch diese Operation eine normale Lage zu schaffen. Wenn man sich an die Angaben Kochers hält, so bietet die Operation keine Schwierigkeiten und es lässt sich das Ligament. rot. stets auffinden. Einen guten Fingerzeig zum Aufsuchen des äusseren Leistenringes bildet ein hervorquellendes Fettträubchen. — Es ist wichtig, nach der Operation die Kranken noch etwa 2 Monate lang ein Pessar tragen zu lassen, da sonst eine Neigung zum Recidiviren eintritt, wie ich es in einigen Fällen die von anderer Seite operirt waren, beobachtete.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch auf eine Entstehungsursache der Retroflexionen und deren Verhütung hinweisen. Unzweifelhaft acquirirt der grösste Theil der Kranken ihre Retroflexionen im Wochenbett. Als schädigende Momente, welche die Entstehung dieser Lageveränderung im Wochenbett herbeiführen, möchte ich vor allem das geltend machen, dass die Frauen zu lange auf dem Rücken liegen und alsdann eine zu grosse und langdauernde Ueberfüllung der Blase sich geltend macht. In Folge dieser Umstände legt sich die Gebärmutter zurück und dadurch ist jetzt die vordere Uterusfläche dem intraabdominalen Drucke ausgesetzt, welcher die vollständige Retroflexion zu Stande bringt.

Ich verfüge bisher über sieben Fälle von mobiler Retroflexio, zu denen noch ein achter hinzukommt, welcher vom Collegen Erdberg in Kandau controllirt und beobachtet wurde. In allen acht Fällen handelte es sich um Frauen, die eine Retroflexion aus ihrem ersten Wochenbett nachbehalten hatten. Sie litten an den typischen Retroflexionsbeschwerden und wurden von mir in üblicher Weise durch ein Pessarium behandelt, welches im 5. oder 6. Monate der Gravidität entfernt wurde. In allen diesen 8 Fällen heilte die Retroflexion im Wochenbette vollständig aus. Ich gestatte allen Frauen, natürlich ein fieberfreies Wochenbett vorausgesetzt, — sich nach Ablauf der ersten 12—24 Stunden auf die Seite zu legen. War es den Frauen unmöglich die Blase mehrmals am Tage, (3—4 Mal) und (1—3 Mal) in der Nacht spontan zu entleeren, so wurde der Urin mittelst des Catheters entfernt. Nach 2—3 Mal 24 Stunden wurde streng darauf gesehen, dass die Frauen die Rückenlage vollständig vermieden. Sobald der Fundus uteri in der Höhe der Symphyse, oder 1—2 Querfingerbreit über derselben sich befand, so wurde den Patienten das Aufstehen gestattet. Durch Application von Eis auf's Abdomen und Darreichung von Secale intern oder subcutan, wurden kräftige Uteruscontractionen angeregt, welche das hier angewandte therapeutische Regime aufs Beste unterstützten. Schlimme Folgen von diesem Frühaufstehen, es erfolgte zwischen dem 6.—12. Tage, habe ich nie gesehen. Kein Mal traten starke Blutungen auf, und ich wüsste auch keinen stichhaltigen Grund den man gegen das frühzeitige Aufstehen anführen könnte.

b) Dr. Christiani-Törwa. Ich schliesse mich, in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Alexander-Adam'schen Operation, völlig Herrn Collegen v. Knorre an. Ich sah diese Operation an der Breslauer Klinik des Prof. Küstner ausschliesslich üben und habe sie auch selbst ausgeführt. Die Auffindung des Ligaments gelingt stets leicht, wenn man den Schnitt an der richtigen Stelle, d. h. etwa 1 cm. über dem Poupart'schen Bande anlegt. Da diese Operation ungefährlich und leicht auszuführen, so möchte ich dieselbe besonders den praktischen Aerzten empfehlen, denen die Assistenz mangelt. — Ich selbst habe auf dem Lande in 3 Fällen nur unter der Assistenz einer Diaconissin operirt.

Die Ausführungen des Herrn Collegen v. Knorre, über die Entstehung der Retroflexionen nach längeren Wochenbetten, verdienen die Sympathien der Aerzte. Es wäre endlich an der Zeit mit den Anschauungen zu brechen, und die Wöchnerinnen nicht mehr so lange liegen zu lassen. Es ist ja natürlich, dass die erschlafften Beckenmuskeln sowie die Bänder und Ligamente in der Seitenlage den Druck der Beckenorgane auszuhalten haben und während der langen Periode der Ruhe sich nicht zusammenziehen können, was bei dem frühen Aufstehen, etwa am 6. Tage der Fall ist.

c) Prof. Kessler. Ich schliesse mich den Ausführungen der beiden letzten Vorreden, in Bezug auf die Wochenbettbehandlung als Prophylaxe gegen das Eintreten der Retroversio, an. Die meisten Retrodeviationen der Frauen stammen aus den ersten Wochenbetten, vielleicht weil sie zu lange gelegen haben.

Bei den Thieren sehen wir ja, dass sie sofort nach der Geburt sich erheben und gehen. — Was die operative Behandlung der Retroversionen betrifft, so hoffe ich, dass die Vaginofixation noch nicht von der Tagesordnung verschwinden wird

(«dazu sind die Resultate zu gut») und dass die bisher beobachteten Gefahren für Schwangerschaft und Geburt sich durch die Verbesserungen der Methoden noch werden vermeiden lassen.

(Ausführlicheres darüber in der St. Petersburger med. Wochenschrift, in meinem Vortrage über Vaginofixation Nr. 36, 1896).

Ich glaube dass die Alexander-Adam'sche Operation doch nicht so leicht auszuführen ist, wie Herr Dr. Christiani meinte. Es wäre übrigens interessant. eine Statistik über die Dauererfolge der Alexander-Adam'schen Operation zu erfahren. Die leichte Infection von der Wunde aus, in der Inguinalgegend, die von vielen beobachtet worden, nimmt mich gegen diese Operationsmethode ein. Die Alexander-Adam'sche Operation ist nur unter der Voraussetzung der prima intentio als ungefährlich zu betrachten. Bleibt die prima intentio aus und tritt, wie so häufig, die Fascieneiterung ein, so verliert die Operation den Charakter des harmlosen Eingriffes.

d) Dr. Meyer-Jurjew (Dorpat). Gegenüber den Ausführungen des Herrn Collegen v. Knorre bemerke ich, dass ich die Pessartherapie bei Virgines doch nicht aufgeben möchte. Die Application des Pessars muss ev. in der Narkose geschehen und die Controlle der Lage desselben späterhin per rectum festgestellt werden. Dem Rath, Wöchnerinnen möglichst zeitig die Seitenlage einnehmen zu lassen, kann ich nur beipflichten. Das frühzeitige Aufstehen derselben kann ich nicht befürworten. Die zahlreichen Prolapse bei den Bäuerinnen, deren Entstehung auf das Wochenbett zurückgeführt werden muss, bilden einen Beweis dafür, dass bei der aufrechten Körperhaltung der schwere, puerperale Uterus den, durch die Geburt erschlafften Bandapparat, übermässig in Anspruch nimmt. Die Gefahr einer Infection vom Endometrium her, muss bei zu frühem Aufstehen und Umhergehen ebenfalls in Betracht gezogen werden. Die von Herrn Prof. Kessler für Beibehaltung der Vagino-Fixation angeführten Momente muss ich gleichfalls beanstanden. Die Erfahrung hat die Operateure genöthigt die Operation immer radicaler zu gestalten, weil sie beim Freilassen des Fundus schlechte Resultate erzielten. Sero-seröse Fixationen sind nicht zuverlässig. Auch wenn man den Uterus durch die vaginale Wunde nicht vorzieht, so kann doch, trotz der strengsten Aseptik, eine Reaction auf den Eingriff nicht absolut ausgeschlossen werden. Dass bei der Schwangerschaft sich hauptsächlich der Fundus und die hintere Wand des Corpus an der Ausdehnung des Uterus betheiligen, ist bei der Sectio caesarea direct zu constatiren. Ich beobachtete einen Fall, in welchem 2 kleine subseröse Myome an der unteren Hälfte der vorderen Uteruswand sassen. Nach Eintritt der Gravidität rückte die, durch die Myome kenntliche Stelle der Uteruswand, beim Wachsthum des Uterus, überraschend wenig nach oben. Gottschalk's Beobachtung (Abort im 3. Monat bei vaginofixirtem Uterus) muss als Beweis angesehen werden, dass bei einer solchen Fixation die Ausdehnung der Uteruswand während der Gravidität in abnormer Weise erfolgt.

e) Dr. Christiani-Törwa. Ich glaube, die Misserfolge der Alexander-Adam'schen Operation sind darauf zurückzuführen, dass viele Operateure das Ligament nicht gleich finden und die Naht nicht chirurgisch anlegen.

f) Dr. v. Knorre-Riga. Ich möchte nochmals auf die schon erwähnten Gründe (Missbildungen der Vagina) hinweisen, welche mir eine forcirte, resp. protrahirte Pessartherapie bei Virgines für inopportun resp. resultatlos erscheinen lassen. Ich muss es strikt bestreiten, dass es dem Collegen Meyer gelingen dürfte, bei den virginalen Retroflexionen in einer Sitzung das zweckentsprechende Pessar ausfindig zu machen. Wie Herr College Meyer selbst anführt, verlangt er eine nachfolgende Controlle der Lage, diese aber wird bei den virginalen Retroflexionen, wo das Pessar Jahre hindurch getragen werden muss, dementsprechend lange fortgesetzt werden müssen. Dadurch wird bei der Patientin das Gefühl einer fortschreitenden Genesung nicht aufkommen, ganz abgesehen von den nervösen Schädigungen auf welche vorhin hingewiesen wurde. Ich glaube daher, es ist rathsamer die Kranken durch eine ungefährliche Operation dauernd zu heilen. Diese Ansicht erscheint vielen als rigoros, doch ich erinnere daran, dass ich nur diejenigen Retroflexionen derart behandelt wissen will, wo die Beschwerden der Patientin thatsächlich durch die Uteruslage hervorgerufen sind. Eine symptomlos vorhandene Retroflexion darf nicht das Object operativer und therapeutischer Eingriffe werden. — Was das zu frühe Aufstehen im Wochenbett betrifft, so möchte ich Herrn Collegen Meyer erwidern, dass ich in jedem einzelnen Fall streng individualisire und mich nach der physiologischen Rückbildung des Uterus richte. Die Grenze des Aufstehens schwankt zwischen sechs und zwölf Tagen. Ich kann eine grössere Infectionsgefahr vom Endometrium her nicht zugeben, im Gegentheil, ich glaube in dem leichteren Abfluss der stagnirenden Secrete einen Vortheil zu erblicken. — Die Prolapse entstehen nicht durch zu frühes Aufstehen, sondern in Folge einer Schwächung des Beckenbodens, durch Zerreissungen in der Muskulatur des Levator ani und durch die Retroflexion, welche das Vorstadium des Prolapses bildet. Prolapse kommen bei den besser situirten Classen ebenso häufig vor, wie bei der ärmeren Bevölkerung.

g) Prof. Kessler. Ich möchte mich gegen den Anschein verwahren, als ob ich die Retrodeviationen häufig operativ behandelte; im Gegentheil, ich bin ein eifriger Anhänger der Pessarbehandlung. Ich will nur hier an dieser Stelle, in Betreff der Massagebehandlung bei Unverheiratheten, zur äussersten Vorsicht und Einschränkung mahnen. Ich beobachtete einen Fall, in welchem von anderer Seite diese Methode angewandt wurde, und bleibende sexuelle Erregungszustände traurigster Art entstanden waren.

h) Dr. v. Zur-Mühlen-Riga. Die Annahme des Herrn Collegen Christiani, dass die Misserfolge bei der Alexander-Adam'schen Operation in Folge einer unzweckmässigen Naht entstehen, scheint mir nicht berechtigt. Die durch die zahlreichen und breiten Nähte in der Tiefe bedingte Secretbildung, ist im Allgemeinen gefahrlos, wenn die Hautnähte weiter auseinander gesetzt werden, so dass das gebildete Secret leicht durch die Lücken nach aussen abfliessen kann.

Herrn Prof. Kessler gegenüber möchte ich anführen, dass eine Infection der Wunde in der Inguinalgegend weniger durch die Lage der Wunde bedingt ist, als vielmehr durch eine mangelhafte Asepsis.

7. Herr Dr. Christiani spricht: **«Ueber die unzureichenden Verhältnisse der Hebammen auf dem Lande».**

Die Hebammenverhältnisse in Livland, besonders im esthnischen Theile desselben, befinden sich in einem vollständig unzureichenden Zustande. Der grösste Procentsatz von Geburten wird von «alten Weibern» geleitet und eine grosse Anzahl von Unglücksfällen ist auf die vollständig mangelhafte Hilfeleistung zu beziehen, nicht aber auf die häufig angeschuldigten weiten Entfernungen der Kranken vom Arzte. Ferner bilden weder die Armuth, noch der Aberglaube, noch die Indolenz der Bevölkerung die Ursachen dafür, dass die «alten Weiber» zu den Geburten herangezogen werden, sondern der vollständige Mangel an ausgebildeten Hebammen die der Landessprachen kundig sind. Insbesondere gilt letzteres für den esthnischen Theil Livlands.

Seitdem an unserer Universität die Hebammencurse, in der Art, wie dieselben in früheren Jahren bestanden, geschlossen wurden, hat der Zuzug von weiblichen Personen, welche sich zu Hebammen ausbilden wollen, vollständig aufgehört. Die drückenden Uebelstände, die sich daraus entwickeln, empfinden die Aerzte auf dem flachen Lande am lebhaftesten. Ich will hier nicht weiter auf diese Frage eingehen, sondern erlaube mir vorzuschlagen, der Aerztetag wolle eine Commission berufen, um die geschilderten Missstände zu prüfen und Vorschläge zur Beseitigung dieser Uebelstände anzustreben.

Dr. Truhart. M. H. Die mangelhafte Organisation des Hebammenwesens speciell auf dem Lande war schon auf dem II. livl. Aerztetage in einem Vortrage von Dr. J. Meyer, an welchen sich 2 Correferate von Fachcollegen anschlossen, in detaillirter Weise erörtert worden. Einer 5-gliedrigen Commission wurde damals die Aufgabe zu Theil, ein Project betreffend Reorganisation des Hebammenstandes und Hebammenwesens auszuarbeiten. In gewissenhafter Sorgfalt hatte diese Commission sich dieser Aufgabe gewidmet und nach eingehender allseitiger Prüfung auf dem IV. Aerztetag war der allendliche Entwurf im Anfang des Jahres 1893 sowohl der Medicinal-Abtheilung, wie dem Landtage der livländischen Ritterschaft unterbreitet worden. Die Mängel und Uebelstände auch in diesem wichtiger Zweige sanitärer Hülfeleistung in Livland, welche in jenem Entwurf klar gelegt wurden, haben ihrerseits beigetragen zu dem auf jenem Landtage gefassten Beschluss der Sanitätsreform auf dem Lande, die freilich bisher immer noch nicht zur Durchführung gelangt ist. Bei dem bisherigen negativen Resultat unserer Beimühungen bei der Wichtigkeit einer geregelten Organisation des Hebammenwesens auf dem Lande, möchte ich, zumal sich der Unterricht in diesem Zweige auf unserer Landesuniversität wesentlich verändert hat, trotzdessen, dass der Antrag nicht auf der Tagesordnung stand, ihn dahin unterstützen, dass wir eine Commission bilden, welche von Neuem die Frage prüft und dem nächsten Aerztetag vorlegt.

Da die Zeit sehr vorgerückt, und der Antrag des Herrn Dr. Christiani nicht rechtzeitig angemeldet war, so beschliesst die Versammlung auf den Vorschlag des Herrn Präses hin eine Commission zu ernennen, und im nächsten Jahre die Vorschläge derselben in Betreff der Hebung des Hebammenwesens auf dem Lande zu discutiren.

Es werden vorgeschlagen und pr. acclamationem gewählt:

1) Prof. Kessler-Jurjew (Dorpat).
2) Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat).
3) Dr. v. Knorre-Riga.
4) Dr. A. Katterfeld-Waldheim (Kurland).

5) Dr. A. Christiani-Helmet (Törwa).

8) Der Präses, Dr. H. Truhart giebt einen Rückblick auf die Thätigkeit und den Verlauf des VIII. livländischen Aerztetages und stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf. § 23) gewünscht werde?

Die Frage wird von der Versammlung einstimmig mit Nein beantwortet.

9) Der VIII. livländische Aerztetag wird statutenmässig durch den örtlichen Kreisarzt, Dr. P. Gaehtgens geschlossen.

Schluss.

d. Z. Secretair: Dr. med. Albert Behr.

Vermischtes.

— Der Allerhöchste Dank ist den Professoren und Studenten der Universität Jurjew (Dorpat), ausgesprochen worden, welche den bei dem Eisenbahnunglück in Bockenhof verwundeten Officiren und Soldaten ärztliche Hülfe geleistet haben. Ausserdem sind denjenigen Personen, welche sich bei der Hülfeleistung am meisten ausgezeichnet hatten, Allerhöchste Belohnung verliehen worden, und zwar: Professor W. Koch der Wladimir-Orden IV. Classe, Prof. Afanasjew, das Allerhöchste Wohlwollen; dem Docenten Dr. Zoege v. Manteuffel und Dr. Krupecki der Annen-Orden III. Classe; dem Professor Kurtschinski und dem Stadtarzt Dr. Chr. Stroehmberg der St. Stanislaus-Orden II. Classe; Dr. Bohl und dem Eisenbahnarzt Losinski der St. Stanislaus-Orden III. Classe und dem Stud. Michnewitsch eine Rettungsmedaille.

— Der X. Congress russischer Naturforscher und Aerzte, welcher im August Monat d. J. in Kiew stattfinden sollte, ist definitiv auf den August 1899 verlegt worden, da derselbe mit den internationalen Congressen der Aerzte in Moskau und der Geologen in St. Petersburg collediren würde. Die eingezahlten Mitgliedsbeiträge für den in Rede stehenden Congress werden auf Verlangen zurückgezahlt.

— Die Collegen, Verehrer und Erben des im vorigen Jahre in Warschau verstorbenen Professors Ludwig Nathanson haben, um ein bleibendes Andenken an den Verstorbenen zu stiften, ein Capital von 116,000 Rbl. gesammelt, dessen Zinsen zur Unterstützung armer jüdischer Handwerker verwandt werden sollen. — Prof. Nathanson hatte seine medicinische Bildung an der Dorpater Universität erhalten und war Arzt und Professor an der Universität in Warschau, zugleich auch langjähriger Redacteur der Warschauer medicinischen Zeitschrift und Präsident des Warschauer ärztlichen Vereins.

— Der Prosector beim Lehrstuhl der Histologie an der Universität Kasan Dr. Timofejew, ein Schüler Prof. Arnstein's, ist auf Kosten der Regierung auf ein Jahr zur weiteren wissenschaftlichen Ausbildung ins Ausland delegirt worden.

— Verabschiedet: Der Rector der Warschauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Kowalewski, auf eigenes Ersuchen.

— Verstorben: 1) Am 19. Mai in St. Petersburg nach langer Krankheit der ältere Ordinator am hiesigen Marienhospital, wirklicher Staatsrath Dr. Loewinson-Lessing, im 64. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1851—56 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wirkte er längere Zeit als Landarzt in Livland (Anzen) und siedelte dann nach St. Petersburg über, wo er die Stellung eines Ordinators am Marienhospital für Arme bekleidete und zugleich als Consultant für innere Krankheiten an den Instituten des Ressorts der Kaiserin Maria fungirte. Der Hingeschiedene gehörte zu den bekanntesten und angesehensten Aerzten der Residenz und erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis. 2) In Bjelgorod der Kreisarzt Peter Odartschenko im Alter von 51 Jahren. Trotz 28-jähriger ärztlicher Praxis hat der Verstorbene seine Familie ganz mittellos hinterlassen. 3) In Brüssel Prof. Louis de Ronbaix, einer der bedeutendsten Operateure seiner Zeit, im 84. Lebensjahre. Fünfzig Jahre hindurch hat er den Lehrstuhl der Anatomie an der Brüsseler Universität inne gehabt und zahlreiche wissenschaftliche Werke veröffentlicht. Als leitender Arzt der Brüsseler Hospitäler hat er bahnbrechende Operationen ausgeführt.

— Dr. A. W. Hughes, Prof. am University College of Cardiff, ist zum Professor der Anatomie am King's College in London ernannt worden. An seine Stelle ist Dr. A. F. Dixon getreten.

— Eine Negerin, Fräulein Emma Wakefield, hat vor Kurzem in den Vereinigten Staaten nach Ablegung des Examens die Erlaubniss zur Ausübung der ärztlichen Praxis im Staate Louisiana erhalten. Es dürfte wohl die erste Frau ihrer Race in den Vereinigten Staaten sein, welche die Functionen eines Arzt übernimmt.

— Zu Anfang dieser Woche fand in der Schule zur Ausbildung von Arztgehülfinnen und Feldscherinnen, sowie in dem Hebammeninstitut bei der hiesigen Entbindungsanstalt die übliche feierliche Entlassung der in diesen Schulen ausgebildeten Zöglinge statt. In der erstgenannten Schule haben in diesem Jahre von den 203 Schülerinnen 34 den Cursus absolvirt, von denen 33 die Würde einer Arztgehülfin und eine die einer Feldscherin erlangte; aus dem Hebammeninstitut wurden 139 Schülerinnen mit der Würde einer Hebamme entlassen.

— Einer officiellen Publication des Departements der indirecten Steuern entnehmen wir nachstehend einige interessante Daten über die budgetmässigen Ausgaben der 34 Gouvernements, in welchen die Landschafts Institutionen eingeführt sind. Die Gesammtsumme der Ausgaben dieser Gouvenements belief sich im Jahre 1895 auf 65,880,741 Rbl. Von dieser Summe haben am meisten die Massregeln zur Wahrung der Volksgegesundheit und zur Bekämpfung der Epidemie die Mittel der Landschaften in Anspruch genommen, da die Gesammtsumme der Ausgaben für diese 17,767,308 Rbl. betrug, was 27 pCt. des ganzen Budgets ausmacht. Natürlich waren die Ausgaben für das Medicinalwesen nicht in allen Gouvernements gleich. So verausgabten die centralen Industrie-Gouvernements zu medicinischen Zwecken beinahe 30 pCt. ihres Budgets, während das Gouvernement St. Petersburg hierfür nur 22 pCt. seines Budgets verwandte. Am reichsten wurde dieser Posten in den Gouvernements Orel und Ssaratow bedacht, welche 35,8 pCt., resp. 34,4 pCt. ihres Budgets für das Medicinalwesen verausgabten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Mai d. J. 7259 (75 wen. als in d. Vorw.), darunter 442 Typhus — (31 wen.), 823 Syphilis — (15 mehr), 148 Scharlach — (9 wen.), 132 Diphtherie — (2 wen.), 154 Masern — (19 mehr) und 33 Pockenkranke — (0 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. Mai 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
357	291	648	149	70	118	20	11	16	52	54	57	43	37	16	2	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 38, Scharlach 14, Diphtherie 39, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 8, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 78, Todtgeborene 29.

Schloss Marbach a/Bodensee — **Temperenz-Sanatorium** vornehmen Ranges für Nerven-, Alkohol- und Morphium-Kranke.
Dirig. Arzt: **Dr. Smith.**

Königliches Bad Oeynhausen.

Sommer- u. Wintercurort Station d. Linien Berlin-Löhne-Hildesheim. Thermal- und Soolbäder. Saison vom 15. Mai bis Ende September. **Winterkur vom 1. October bis Mitte Mai.** Molken- u. Milchkuranstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte und Beschreibung übersendet frei die **Königliche Bade-Verwaltung.**

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

(ehemals Dr. Hünerfanth). Für **Magen-** und **Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln-** u. **Gelenkkrankheiten. Mast-** und **Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche.** — Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten **Bäder.** — **Elektrotherapie.** — Das ganze Jahr geöffnet. Massageunterricht nur für Aerzte.
Dr. Hans Leber.

Einzige alkalische Therme Deutschlands 40° C.

Arsen- und Lithion-Gehalt.

NEUENAHR

Bade- und Trinkkuren, Inhalationen, Massagen, Thermalwasser-Versandt. — **Broschüre gratis durch die Direction.**

Reiseroute: Köln—Bonn—Remagen oder Coblenz—Remagen—Neuenahr.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

OBER SALZBRUNN — SCHUTZ-MARKE

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Fuhrbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(55) 10—3.

SCHLANGENBAD

Eröffnung der Badeanstalten und der Molkenkur am 1. Mai 1897.
Mai und ab September ermässigte Zimmerpreise. Wegen Wohnungen in den Königlichen Logir- und Badehäusern wolle man sich wenden an:
(57) 1—1. Die Königliche Badeverwaltung.

Frische
Antituberculose Molken
von Professor **Maragliano**
in Ampullen von 1 Kub. cent. und in Glasflaschen von 5 Kub. c.
und
Tuberkulin von R. Koch,
hat beständig auf Lager
das Handelshaus **J. B. SEGALL** in Wilna.
Beschreibung dieser Präparate sowie auch anderer neuer Präparate stehen zur Verfügung der Interessenten.
(70) 4—4.

Книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій просп., 14.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

всѣхъ вѣдомствъ
на **1897-й** годъ (XXIX годъ изданія)
подъ редакціей проф. **В. К. Анрепа** и **Н. А. Воронихина,** при постоянномъ сотруднич. **П. Н. Булатова.**
Цѣна за три части съ карандашомъ: въ коленкор. переплетѣ 2 рубля, въ кожаномъ 2 р. 30 к. Пересылка 30 коп.
Продается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.
Hainstein
b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Pr gr. u. fr.

Vom 1. Juni ab prakt. ich wieder in
Bad Reinerz
Sanitätsrath Dr. **Secchi.**

Dr. med. Carl Waek,

pr. Arzt und Weingutsbesitzer in **Maikammer (Rheinpfalz)** offerirt seinen Herren Collegen seinen aus hervorragenden rheinischen Weingütern
selbstgekelterten
WEIN
in Kisten à 24 Flaschen zu 48 u. 72 M. per Kiste, gegen Voreinsendung des Betrages. (№ 51) 12—1.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

PASTILLES VICHY-ETAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer l'Eau minérale artificielle de Vichy gazeuse.

Довв. ценз.Спб. 24 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 22 St. Petersburg, (12. Juni) 31. Mai 1897

Neunter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der neunte Aerztetag wird **in Pernau am 4., 5. u. 6. Juni** a. c. stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen können nur noch bis zum 1. Mai a. c. Berücksichtigung finden und sind einzureichen unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts bei

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber die Isolirung der Aussätzigen in Leprosorien

Von

Prof. Karl Dehio.

Vicepräses der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland.

Dr. Armauer Hansen, der bekannte Leiter des grossen Norwegischen Leprosoriums in Bergen und Organisator der Massregeln, welche in Norwegen mit gutem Erfolg zur Bekämpfung der Lepra ergriffen worden sind, hat die Freundlichkeit gehabt mir auf meine Bitte autoritative Angaben über die in Norwegen geltenden einschlägigen Gesetze und Bestimmungen zu machen und mir zugleich die Erlaubniss ertheilt, diese seine Mittheilungen in der St. Petersburger medic. Wochenschrift zu veröffentlichen.

Ich benutze mit Freuden diese Erlaubniss indem ich dem geschätzten Autor auch an dieser Stelle meinen besten Dank für dieselbe ausspreche. Für Russland und speciell für die baltischen Provinzen, wo der Kampf gegen die Lepra eben erst begonnen hat und die Meinungen über die einzuschlagenden Wege noch mehrfach auseinander gehen, haben die in Norwegen gemachten Erfahrungen den grössten Werth. Armauer Hansen schreibt mir am 1. April 1897:

«Das norwegische Gesetz vom 6. Juni 1885 lautet»:

1) ««Lepröse dürfen nicht in «Lägd» verpflegt werden; das heisst, die Leprösen dürfen nicht von Hof zu Hof geschickt werden; die Armen werden nämlich in Norwegen auf dem Lande zum grossen Theil in der Weise verpflegt, dass sie sich eine gewisse Zeit auf jedem Hof aufhalten»».

2) ««Lepröse, welche Armenunterstützung geniessen, sollen. wenn die Unterstützung nicht nur eine zeitweilige oder nur theilweise ist, in einer öffentlichen Pflege- oder Kuranstalt untergebracht werden. Wenn dieses nicht geschieht, so sollen die Leprösen wenigstens in eigenen Wohnräumen untergebracht oder doch in einer Weise verpflegt werden, die nach dem Urtheil der Gesundheitscommission keine Gefahren für die Verbreitung der Krankheit in sich schliesst. Bei der Internirung armer Lepröser muss die Armenverwaltung Rücksicht darauf nehmen, dass sie Eheleute, die zusammen leben wollen, nicht scheidet. Doch soll ein Beschluss der Armenverwaltung, der eine solche Scheidung bewirkt, gültig sein, wenn der Priester und der Amtmann demselben beistimmen»».

3) ««Auch anderen Leprösen kann die Gesundheitscommission auferlegen, dass sie in hinlänglich sichernder Absonderung von der Familie und der übrigen Umgebung leben. Wenn wiederholte Ermahnungen nach der Meinung der Gesundheitscommission nicht gehörig befolgt werden, so sind die Betreffenden verpflichtet, sich in eine öffentliche Pflege- oder Kuranstalt zu begeben. Führt dies zur Scheidung von Eheleuten, so muss der Amtmann den Beschluss bekräftigen, nachdem der Priester sich ausgesprochen hat»».

4) ««Die Kosten bei der Einsendung von Leprösen in die Anstalten in Folge § 3, werden von den betreffenden Kommunen gespendet. Doch sollen die Kosten bei erneuter Einsendung eines Leprösen, der die Anstalt verlassen hat, vom Leprösen selbst getragen werden, wenn er die Mittel dazu besitzt»».

5) ««Die Internirung in die Anstalten nach diesem Gesetz geschieht nöthigenfalls durch die Polizei»».

6) ««Wohnräume, Kleider, Bettwäsche und ähnliches, die von Leprösen benutzt worden sind, dürfen nicht von

Anderen benutzt werden, bevor dieselben nach näherer Bestimmung der Gesundheitscommission desinficirt worden».

«Dies ist so ziemlich eine wörtliche Uebersetzung unseres Gesetzes».

«Es wird also nur bedingungsweise Zwang angewendet. Erst wird es dem Kranken auferlegt, von den Seinigen isolirt zu leben; wenn er das thut, kann er zu Hause bleiben. Wenn er das nicht kann oder nicht will, kann die Gesundheitscommission ihn zwingen, in eine Anstalt zu gehen, sie muss es aber nicht thun. Wir haben dieses Verfahren eingeschlagen, weil die norwegische Bevölkerung nicht sehr für Zwangsmassregeln gestimmt war und es ist jetzt der Kommunalverwaltung überlassen, ob sie Lepröse — oder vielmehr gefährliche Lepröse — in der Kommune behalten will oder nicht. Ein Lepröser ist nach meiner Meinung nicht oder jedenfalls sehr wenig gefährlich, wenn er nicht in intimer Weise mit Anderen umgeht. Ist er reinlich und hat sein eigenes Zimmer oder jedenfalls sein eigenes Bett, dann ist er kaum gefährlich.

Das Gesetz macht keinen Unterschied zwischen tuberösen und anästhetischen Leprösen, aber die Durchführung ist den Anästhetischen gegenüber eine viel gelindere. Ich wage es nie öffentlich auszusprechen, dass es einen Unterschied macht, ob jemand an der tuberösen oder der anästhetischen Form der Lepra leidet — es sei denn, dass ich die tuberöse Form für viel gefährlicher erkläre, wenngleich schon beide für sehr gefährlich zu erachten sind. In diesem Geiste instruire ich auch die Landärzte. Es gilt nämlich überall die gehörige Furcht vor Ansteckung wach zu halten. In Praxi kommt es vor, dass wir den Anästhetischen gegenüber nicht so streng verfahren, wenn die Verhältnisse in der Heimath gut sind. Im Ganzen versuchen wir nicht streng zu verfahren, aber mit Hülfe des Gesetzes die Bevölkerung zur Vorsicht zu erziehen, und ich glaube, dass dies uns gut gelingt».

«Wir haben auch nie die Kranken zwangsweise in den Anstalten zurückgehalten. Früher kam es auch ziemlich häufig vor, dass die Kranken entliefen, aber seit ich einführte, dass sie dann und wann, etwa jedes zweite Jahr, Erlaubniss erhalten einen Besuch in der Heimath zu machen, geschieht dies viel seltener. Die Angehörigen wissen es zu schätzen, dass sie von Zeit zu Zeit den Kranken sehen können und ebenso, dass sie keine Sorgen für seinen Unterhalt haben».

So weit Armauer Hansen. Wie man sieht, räumt das norwegische Gesetz der Gesundheitscommission, welche die Leprösen zu beaufsichtigen hat, recht weitgehende Machtbefugnisse ein. Nach Punkt 5 kann sogar eine zwangsweise Internirung verfügt werden. Im Princip sollen nur solche Kranke zu Hause verpflegt werden dürfen, welche genügende Garantien dafür bieten, dass sie daheim zweckentsprechend isolirt werden. In Praxi wird das Gesetz jedoch recht milde gehandhabt, so dass die Zwangsisolirung thatsächlich nur sehr selten ausgeübt wird. Offenbar geht das Hauptbestreben dahin, das Volk über die Gefahr der Ansteckungsmöglichkeit aufzuklären und dasselbe so zu erziehen, dass es sich freiwillig des Umganges mit Leprösen enthält. Die stetige Abnahme der Lepra in Norwegen beweist, dass dieses Ziel, wenn auch langsam so doch sicher erreicht wird.

Bei uns liegen die Verhältnisse etwas anders. Unser Landvolk ist noch nicht genügend darüber aufgeklärt, dass der inmitten der Bevölkerung uneingeschränkt lebende Aussätzige den Ausgangspunkt neuer Erkrankungen bildet und es hat sich noch nicht an den Gedanken gewöhnt, dass die Ausschliessung des Kranken aus dem allgemeinen Verkehr eine unbedingte Nothwendigkeit ist. Hier öffnet sich der belehrenden und aufklärenden Thätigkeit der Aerzte, der Seelsorger, der Volksschule und der Presse noch ein weites Feld der Thäthigkeit. Es ist gewiss nicht zu läugnen, dass bei dem niedrigen Bildungsniveau der Kranken sich kaum welche finden werden, die sich aus idealen Gründen dazu entschliessen dem Interesse ihrer Umgebung oder des Gemeinwohles ihre Freiheit zu opfern und sich in ein Leprosorium zurückzuziehen. Freiwillig, d. h. ohne äusseren Zwang suchen nur solche Individuen die Aussatzasyle auf, welche die Hoffnung hegen, daselbst von ihrer Krankheit geheilt zu werden. Die Zahl dieser freiwillig sich zur Aufnahme Meldenden ist aber minim im Vergleich zu denjenigen Kranken, welche nimmer aus eigenem Entschluss in ein Leprosorium gehen würden. Auf diese letzteren muss durchaus ein Zwang drücken; oft sind es die Verwandten, welche kategorisch von ihrem leprösen Angehörigen verlangen, dass er sie von seiner gefährlichen Gegenwart und Hausgenossenschaft befreie. Oft auch wirkt der Druck der Gemeinde oder der Gesellschaft in demselben Sinne; die Kranken werden in manchen Gegenden, wo die Bevölkerung schon über die Gefahr der Ansteckung aufgeklärt ist, von aller Welt gemieden, und treten so der Noth gehorchend ins Leprosorium, wo sie Rettung suchen vor Hunger und Kälte. Diese durch die natürliche Lage der Dinge gegebenen Antriebe sind es in erster Linie, auf die wir rechnen, wenn wir hoffen, dass eine grosse Anzahl Lepröser sich auch ohne obrigkeitlichen Zwang in die Leprosorien wird interniren lassen. Wo diese Antriebe fehlen oder ihre Wirkung versagen, wo auch das mahnende Wort des Prediger oder Arztes ungehört verhallt, da mag die Sanitätspolizei, die Gemeindeverwaltung oder die staatliche Gewalt eintreten um die gemeingefährlichen Aussätzigen aus ihrer Umgebung zu lösen. Nach der Auffassung der Regierungsorgane bieten die Artikel 740 und 743 des XIII. Bandes der allgemeinen Gesetzsammlung, Ausgabe vom Jahre 1892, eine genügende Handhabe um auch ohne ein besonderes Gesetz für die Leprösen diese letzteren im Falle der Nothwendigkeit zwangsweise zu isoliren.

Wenn ich nun auch die Berechtigung der zwangsweisen Abfertigung der Kranken in die Lepraasyle für gewisse Fälle zugebe, so bleibt doch die Frage offen, wie nun diese Kranken weiterhin in den Leprosorien zu behandeln sind. Sollen die ins Leprosorium aufgenommenen Aussätzigen nun auch zwangsweise in den Leprosorien zurückgehalten werden oder nicht? Hier treffen wir meines Erachtens auf den springenden Punkt der ganzen Frage von der Zwangsisolirung der Aussätzigen.

Ich will mich hier darauf beschränken diese Frage nur nach den practischen Erfahrungen zu beurtheilen, welche wir in unseren livländischen Leprosorien gemacht haben. Bis jetzt kann d. Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra sich nicht darüber beklagen, dass die 160 Betten, welche in den livländischen Leprosorien bereitgestellt sind, leer gestanden hätten, obgleich die Kranken nie zwangsweise in denselben zurückgehalten sind. Wenngleich leider einzelne Kranke nach einiger Zeit in den Leprosorien zur Ueberzeugung kommen, dass sie die erwartete Heilung daselbst nicht finden, und deshalb kategorisch ihre Entlassung verlangen, und wenngleich auch manche andere Kranke aus privaten Gründen nur für eine beschränkte Zeit in die Aussatzasyle eintreten, so sind doch die auf diese Weise freiwerdenden Plätze stets nach kurzer Zeit von anderen Kranken wieder besetzt worden und die überwiegende Mehrzahl der Kranken hat sich gutwillig in den permanenten Aufenthalt in den Leprosorien gefunden. Es ist daher im Allgemeinen wohl anzuerkennen, dass die livländischen Leprosorien bisher ihrer Aufgabe gerecht geworden sind, welche darin besteht eine möglichst grosse Zahl von Leprösen zu verpflegen und dem öffentlichen Verkehr zu entziehen. Nach den bisherigen Erfahrungen

ist anzunehmen, dass auch eine grössere Zahl von Krankenplätzen als sie uns augenblicklich zu Gebote steht sich mit Aussätzigen wird füllen lassen, ohne dass dieselben zwangsweise zurückgehalten werden.

Die Frage, welche Massregel gegen das Bestreben mancher Aussätziger, die Leprosorien wieder zu verlassen, zu ergreifen wäre, wird eine practische Bedeutung erst dann erlangen, wenn in Livland wirklich so viele Freibetten gegründet sein werden, dass sie nicht mehr mit freiwillig ausharrenden Kranken gefüllt werden können. Fürs Erste ist es wohl natürlich, dass unsere Gesellschaft bestrebt ist ihre Leprosorien nicht mit widerwilligen Zwangsinsassen, sondern mit solchen Kranken zu füllen, welche sich gutwillig in denselben aufhalten. Die Bewilligung des Austritts aus den Leprosorien ist übrigens bis jetzt durchaus nicht leicht und unbedacht ertheilt worden; das wird schon durch die allerdings unerfreuliche Thatsache bewiesen, dass kein Jahr verflossen ist, wo nicht einzelne Kranke, denen der Austritt versagt wurde, sich durch heimliche Flucht dem Leprosorium entzogen haben. Man darf nicht vergessen, dass die Gründe, wegen derer die Kranken fort wollen, oft sehr triftig sind; oft zum Beisp. treibt sie die Sorge um ihre des Ernährers beraubte Familie. Die Kranken sind mit Bewilligung des Arztes stets nur dann entlassen worden, wenn dieselben kategorisch erklärten, dass sie sich im Leprosorium nicht halten lassen würden, es sei denn, wenn man Gewalt gegen sie anwende.

Eine Ausnahme von dieser Regel ist allerdings zuzugeben. Nach § 13 der ministeriell bestätigten Instruction für die verwaltenden Aerzte der Leprosorien hat der Arzt das Recht einen Kranken auszuweisen und ihn der örtlichen Polizeibehörde zur Rückbeförderung in seine früheren Lebensverhältnisse zu übergeben, falls sich derselbe der Hausordnung nicht fügt. Und auf diesem Recht muss unsere Gesellschaft allerdings bestehen. Die ins Leprosorium eintretenden Aussätzigen befinden sich oft in einem entsetzlichen Zustande geistiger Verwahrlosung. Es sind unter ihnen Leute, welche früher Bettler oder Landstreicher waren, und aus der Hefe des Volkes aufgelesen sind. Solche Leute bilden ein Element steter Beunruhigung und das monotone Leben ohne ernstliche Arbeit, zu der sie schon körperlich oft nicht fähig sind, verleitet solche Invividuen dazu unmotivirt zu klagen, Hetzereien und Unordnungen anzustiften, den Gerhorsam zu verweigern und schliesslich auch ihre ruhigen Hausgenossen zur Aufsässigkeit zu verleiten. Mehr als einmal ist es in Neunal nahe an kleinen Hausrevolten gewesen. Gegenüber einer Anzahl von 80 Leprösen ist aber das aus einer Aufseherin, einem Feldscher, einem Hauswächter und zwei oft unzuverlässigen Mägden bestehende Aufsichtspersonal zu schwach, um im Falle ernstlicher Unruhen die Ordnung aufrecht zu erhalten. Auf eine polizeiliche Unterstützung ist nicht zu rechnen, da der nächste Uriädnik 10 Werst weit wohnt und auch nichts weiter thun kann, als ein Protokoll aufnehmen, wo sofortiges kräftiges Einschreiten Noth thäte. Disciplinare Massregelungen und Strafen sind gesetzlich nicht gestattet — es bleibt also nichts weiter übrig als die Widerspenstigen auszuweisen, bevor sie einen allzuschweren Unfug anrichten. Was soll z. B. mit einem Kranken geschehen, welcher wie das vorgekommen ist, böswilliger Weise die Küche oder das Krankenzimmer mit seinen Excrementen verunreinigt?

Es geht aus dem Gesagten hervor, dass eine zwangsweise Zurückhaltung aufsässiger Lepröser oder solcher, welche gutwillig nicht bleiben wollen, unmöglich ist, es sei denn, dass die Leprosorien sich in Zwangsanstalten verwandeln, mit eventueller gewaltsamer Retention der Insassen. Es ist aber zu befürchten, dass die Anhäufung widerwilliger und erbitterter Elemente in den Leprosorien der Ruhe in denselben schaden und sie in den Augen des Volkes höchst unpopulär machen würde. Die Furcht vor der zwangsweisen Einsperrung wird nur zu leicht dazu führen, dass die Kranken sich verstecken und auch von ihren Angehörigen und Bekannten verheimlicht werden. Die Constatirung und die Controlle der Leprösen, welche schon jetzt mit den grössten Schwierigkeiten zu kämpfen hat, könnte dann vollends illusorisch werden und der Seuche wird durch die Verheimlichung der Krankheit ein gefährlicher Vorschub geleistet.

Wenn die livländischen Leprosorien ihre segensreiche Aufgabe erfüllen sollen, so gehört dazu in erster Linie, dass dieselben Anerkennung und Vertrauen in der bäuerlichen Bevölkerung finden. Das Volk muss auf den schon angegebenen Wegen über die Nothwendigkeit aufgeklärt werden, sich seiner aussätzigen Gemeindeglieder zu entledigen, und dazu veranlasst werden von sich aus auf die aussätzigen Gemeindeglieder eine derartige Pression auszuüben, dass dieselben nicht widerstehen können, sondern nolentes, volentes in die Aussatzhäuser gehen. Die Leprosorien sollen bestrebt sein, diesen Unglücklichen ein erträgliches Leben zu ermöglichen — es sei aber nochmals hervorgehoben, dass es nicht die Aufgabe der Leprosorien sein kann von sich aus oder im Auftrage der Landesobrigkeit die Kranken wider deren Willen bei sich zurückzuhalten.

Ich kann nicht umhin, noch auf einen Punkt der Hansen'schen Ausführungen einzugehn, welcher vielleicht in nicht langer Zeit von grosser, praktischer Bedeutung werden wird. Hansen macht darauf aufmerksam, dass bei der Isolirung mit den anästhetischen Leprösen weniger streng verfahren wird, als mit den Tuberösen. Die Erklärung hierfür besteht darin, dass Hansen wie auch aus seiner neuesten Veröffentlichung (Hansen und Looft: Die Lepra etc. — Bibliotheca medica 1894, Verlag von Th. G. Fischer in Cassel) hervorgeht, die Lepra anästhetica für weniger ansteckend ansieht als die Lepra tuberosa. Auf Grund persönlicher Erfahrungen möchte auch ich mich dieser Ansicht anschliessen und hoffentlich wird die im October dieses Jahres in Berlin stattfindende internationale Lepraconferenz die Frage weiter klären. Es würde den Kampf gegen die Lepra sehr erleichtern, und demselben einen Theil seines Schreckens nehmen, wenn es thatsächlich möglich wäre, den anästhetisch Leprösen eine mildere Behandlung angedeihen zu lassen. Es ist das aber eine Frage, die wissenschaftlich noch nicht entschieden ist und daher wohl vor einem wissenschaftlichen Forum verhandelt werden darf, in keinem Falle aber vor einem Laienpublikum oder im Volk discutirt werden soll. Die Warnung, welche Hansen in dieser Beziehung ausspricht, ist daher wohl begründet und einstweilen muss an dem Princip festgehalten werden, dass die Leprösen einerlei welcher Form sie angehören, in gleicher Weise zu behandeln sind.

Die hie und da auftauchende Befürchtung, dass die Kranken, die an der gutartigeren maculo-anästhetischen Form leiden, in den Leprosorien mit Lepra tuberosa angesteckt werden könnten, ist in meinen Augen selbstverständlicher Weise völlig grundlos und einfach zurückzuweisen.

Referate.

Prof. H. Buchner: Die Bedeutung der activen löslichen Zellprodukte für den Chemismus der Zelle [1]). (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12).

In Anbetracht dessen, dass die einzelnen Zellbestandtheile für die moderne physiologische Untersuchung in Prüfung zu nehmen sind, und zwar nicht nur die morphologischen, sondern auch die morphologisch nicht weiter differenzirbaren gelösten flüssigen Bestandtheile des Zellinneren, drängt sich zuerst die Frage nach einer geeigneten Methode auf, um in den Besitz unveränderter Zellsäfte zu gelangen. Der Bruder des Verfassers Eduard Buchner hatte schon vor mehreren Jahren den Zellsaft von niederen Pilzen, besonders Hefezellen, durch mechanische Zerreibung der letzteren, eventuell unter Beimengung von Sand, gewonnen. Dieses Verfahren wurde neuerdings verbessert durch nachfolgende Auspressung der zerriebenen Pilzzellen bei einem Druck von 4—500 Atmosphären. Dadurch wurde, zunächst bei Bierhefezellen, eine klare, häufig etwas opalescirende gelbe Flüssigkeit erhalten, welche über 10 Procent feste Bestandtheile, hauptsächlich Albumine enthält. Beim Erhitzen auf Siedetemperatur ist die Ausscheidung von festen Gerinnseln so stark, dass die Flüssigkeit fast vollständig erstarrt. Aus 1 Kilogramm bester Presshefe können bei Zugabe von 200 ccm. Wasser 500 ccm. von diesem Presssaft erhalten werden. Nun wurden auch Bakterienzellen, d. h. Massenkulturen dem neuen Auspressungsverfahren unterworfen. Bei diesen Versuchen, welche Dr. M. Hahn ausführte, zeigte sich zunächst für Tuberkel- und Pyocyaneusbacillen und Choleravibrionen, dass auch aus diesen durch Zerreibung und Auspressung bei 4—500 Atmosphären in analoger Weise klare gelbliche Flüssigkeiten von schwach alkalischer oder neutraler Reaction erhalten werden können, die beim Erhitzen ebenfalls Albumingerinnsel ausscheiden. Am Presssaft der Hefezellen zeigte sich bald eine weitere höchst merkwürdige Erscheinung, die zuerst E. Buchner richtig gedeutet hat, dass nämlich der absolut klare, von lebenden Zellen freie Saft im Stande ist, alkoholische Gährung zu bewirken. Diese Gährung tritt nahezu augenblicklich ein, wenn man den Presssaft mit Zuckerlösung vermischt und auf 30° erwärmt. Die Abwesenheit von Zellen wurde im, durch ein Berkefeldt-Kieselguhrfilter filtrirten, Saft durch mikroscopische Untersuchung und durch das bakteriologische Prüfungsverfahren sichergestellt.

Wir stehen also vor der Thatsache, dass nicht, wie man nach Helmholtz, Pasteur, Naegeli bis dahin allgemein angenommen hat, die lebende Hefezelle selbst als Träger und Erreger der Gährwirkung unentbehrlich ist, sondern letztere von einer im plasmatischen Zellsaft offenbar gelösten Substanz ausgeht. Diese, vorläufig als Zymose bezeichnete Substanz kann nicht mit dem Invertin der Hefe, welches nur Hydrolyse, aber keine Gährung bewirkt, identificirt werden. Immerhin lässt sich von einer gewissen Analogie sprechen und zwar auf Grund der Erscheinung, dass Sättigen des Gemisches von Presssaft und Zuckerlösung mit Chloroform die Gährung nicht verhindert, während lebende Hefezellen gegen Chloroform sehr empfindlich sind. Von weiteren Antiseptica gelang es Autor nur ein einziges zu finden, das keine Gerinnung im Hefepresssaft hervorrief, das arsenigsauere Natrium. Durch Zusatz von 1 Procent dieses Salzes wird die Klarheit des Presssaftes nicht beeinträchtigt und es zeigt sich, dass trotz dieses beträchtlichen Gehaltes an Natriumarsenit, welcher die lebenden Hefezellen vollständig an ihrer Gährthätigkeit verhindert, die Zymose kaum merklich an Wirksamkeit einbüsst. Jedenfalls ist also die Zymose im Wesentlichen keine verflüssigte lebende Substanz der Hefezelle, sondern wir haben es wohl mit einem activen gelösten Zellproduct von Eiweissnatur zu thun, wobei die Activität darin begründet ist, dass die Substanz von selbst, beim blossen Aufbewahren des Presssaftes, ohne sinnfällige Veränderungen in einen unwirksamen inactiven Zustand übergeht. Den Gegensatz hiervon, den wirkungsfähigen Zustand des frischen Productes, bezeichnet Autor als activen Zustand.

Nach E. Buchner's Untersuchungen bleibt die Activität des Hefepresssaftes erhalten, wenn ihm von vorneherein Rohrzucker zugesetzt wird, während auch bei Aufbewahrung in Eis seine Gährwirkung auf Zucker bald verloren geht. Je stärker die Zuckerlösung, um so kräftiger wirkt dieselbe conservirend. Am besten scheint eine Mischung von gleichen Theilen Presssaft und 60 proc. Rohrzuckerlösung zu sein. Hiermit gelingt es sicher die Gährwirkung im Eisschrank 8—14 Tage lang zu erhalten. Wodurch diese Conservirung bei Zuckerzusatz bedingt ist, konnte vorläufig nicht ermittelt werden, scheinbar ist der Gährungsvorgang selbst, die Spaltung des Zuckermoleküls das die Conservirung bedingende. Wahrscheinlich wird die Zymose von den lebenden Hefezellen ausgeschieden und der Gährungsvorgang erfolgt dann, wenigstens zum grossen Theil, unmittelbar aussen an der Peripherie der Hefezelle. Für diese Annahme sprechen Versuche von R. Rapp aus dem Laboratorium des Verfassers, wonach schon geringgradige constante Schüttelbewegungen im Stande sind, die Gährwirkung lebender Hefezellen zu unterdrücken.

In einer Anmerkung hebt Verfasser hervor, dass die gelungene Herstellung von Presssäften aus Cholera- und Tuberkelbacillenkulturen sofort den Gedanken erwecken musste, dass diese unveränderten Zellsäfte der pathogenen Bakterien am meisten geeignet sein dürften, um im Thierkörper specifisch immunisirend zu wirken. Dementsprechend wurde von M. Hahn mit Versuchen begonnen, welche in der That bei der Meerschweinchencholera die Möglichkeit rascher und kräftiger Immunisirung bereits ergeben haben. Bei Tuberkelbacillen sind analoge Versuche, die bei der langsam verlaufenden Infection einer längeren Zeitdauer bedürfen, von Seiten der Dr. M. Hahn und Bulling im Gange.

Weyert.

[1]) Vortrag, gehalten in der morphologisch-physiologischen Gesellschaft zu München am 16. März 1897.

Sonnenberger: Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Verdauungsstörungen im frühen Kindesalter. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 13, 14).

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass zwar die bakteriologische Seite der Krankheitsübertragung durch Milch bei der künstlichen Säuglingsnährung im letzten Decennium gründlich erforscht worden ist, dass aber dabei noch andere in Betracht kommende Momente, wie z. B. das chemische wenig berücksichtigt wurden. Sicher zu kurz gekommen bei den Untersuchungen von der künstlichen Ernährung der Kinder ist die wichtige Frage über die Fütterung des Milchviehes. Die Thatsache, dass unter Umständen eine Ausscheidung von chemischen Stoffen durch die Milch stattfindet, ist schon bei alten Schriftstellern erwähnt. Was wir heute als feststehend über den Uebergang von chemischen Stoffen in die Milch wissen, ist folgendes: 1) kann eine Reihe von Medikamenten mit der Milch secernirt werden, z. B. Alkohol, Jod, Morphium die verschiedensten Salze. Eine zweite Reihe von Vergiftungen durch Milch kann dadurch entstehen, dass dieselbe in Metallgefässen von Kupfer, Zinn etc. sauer wird und die sich bildenden Metallsalze in die Milch übergehen. 3) kommt eine Reihe von chemischen Noxen in Betracht, welche durch die Fütterung des Viehes in die Milch gelangen können. Fröhner hat neuerdings durch Experimente festgestellt, dass die Milchdrüse die Bedeutung eines Excretionsorgans für Gifte besitzt, weshalb in ihr und in ihrem Secrete immer ein Theil der eingeführten toxischen Substanzen sich findet, so u. a. die Pflanzenalkaloide (Colchicin, Coniin, Sinapin, Veratrin). Geniesst das Milchvieh Futter, das jene Pflanzenalkaloide oder ähnliche toxische vegetabilische Stoffe enthält, wozu in Gegenden mit Kleefeldern reichlich Gelegenheit gegeben ist, so gehen jene Noxen mitunter in erheblichen Mengen in die Milch über, ohne das Vieh zu belästigen oder in seinem Gesundheitszustand wesentlich zu alteriren. Das Soxhlet-Verfahren hat daher ohne peinlichste Stallhygiene und correcte Fütterung etwas durchaus Einseitiges. Verfasser fasst, wie er das schon früher dargethan, die Verdauungskrankheiten im frühen Kindesalter, angefangen von der einfachen Dyspepsie bis zur Cholera infantum als Symptomemcomplexe, die auf Einführung eines Giftes beruhen, auf, sei dies nun ein animalisches Gift, bei dessen Erzeugung Bacterien die ursächliche Rolle spielen, oder seien es pflanzliche Gifte, wie dieselben durch Fütterung in die Milch gelangen.

Weyert.

G. W. Dobbin: Puerperale Sepsis in Folge von Infection mit dem Bacillus aerogenes capsulatus. John Hopkins Hospital Bulletin 1897 Febr.

Verf. wurde zu einer III para mit allgemein verengtem Becken (conjugata 8,0) gerufen, die schon über 2 Tage kreisste. Der Kopf stand im Becken unbeweglich, das Kind war todt, die Wehen waren unregelmässig. Die Kreissende hatte 130—140 Pulse, war sehr erschöpft und verbreitete um sich einen süsslichen unangenehmen Geruch. Knisternde und sprudelnde Geräusche waren aus den Genitalien continuirlich zu hören, besonders deutlich nach Abheben der Decke. Nach Entbindung der Frau durch Cranioclasie entwichen aus dem Uterus Gase unter Explosionsgeräusch. Die Placenta musste manuell geholt werden. Die Untersuchung des Foetus und der Placenta ergab die Anwesenheit von Gasbacillen, in den Lochien wurden dieselben Mikroorganismen ausser Staphylococcen und Streptococcen gefunden. Deswegen wurde eine schlechte Prognose gestellt. Die Wöchnerin starb etwa 24 Stunden nach der Entbindung. Bald nach dem Tode begann der Leichnam zu schwellen. Bei der Section, 7 Stunden nach dem Tode, war die Leiche zu ihrem doppelten Umfang angeschwollen, das subcutane Gewebe knisterte, aus dem Munde entwichen Gasblasen. Der macerirte Foetus war emphysematös, überall fühlte man im subcutanen Gewebe Gas, bei der Punction des Abdomen unter Wasser entwich Gas, das angezündet in

einer 6 Zoll langen Flamme brannte. Deckglaspräparate aus dem Blut und subcutanen Gewebe zeigten eine grosse Zahl von Gasbacillen von Welch und Nutall, die in Culturen auf Zucker das characteristische Wachsthum zeigten. Die Placenta wies an ihrer foetalen Seite unter dem Amnion zahlreiche Gasblasen auf. Die grösseren Placentargefässe waren durch Gas ausgedehnt, ebenso die Nabelschnurgefässe, welche die typischen Bacillen enthielten. Mikroscopisch fanden sich die grösseren Gefässe des Chorion mit Bacillen verstopft. In anderen Gefässen hatten sich «Gascysten» gebildet, in deren Randzone die Bacillen lagen. Diese Gascysten fanden sich in den Placentargefässen und nicht in den intervillösen Räumen. An vielen Stellen fand sich Necrose des Gewebes, dagegen keinerlei Reaction, da kleinzellige Infiltration nicht zu finden war. In den Schnitten sah man auch wenige Streptococcen. In den Venen des Nabelstranges wurden gleichfalls zahlreiche Bacillen nachgewiesen. Die bacteriologiche Untersuchung (Dr. Lanier) stellte durch Culturen und Thierversuch fest, dass eine Infection durch bacillus aerogenes capsulatus gemischt mit Staphylococcen und Streptococcen vorlag. Zum Schluss giebt Verf. eine Uebersicht über die wenigen ähnlichen Fälle aus der Literatur. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Slavjansky: Specielle Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Bd. II. 1897. Ricker (russisch)

Nachdem schon mehr als 5 Jahre seit dem Erscheinen des I. Bandes des genannten Lehrbuches verstrichen sind, liegt uns jetzt der II. Band desselben vor. Da es sich um das einzige originell russische Lehrbuch handelt, kann man das Erscheinen nur mit Freude begrüssen und den Wunsch aussprechen, dass auch der Schlussband bald fertig gestellt werden möchte. In diesem Bande werden die Erkrankungen der Tuben und Ovarien abgehandelt und folgt man mit Interesse der Darstellungsweise des durch seinen Ideenreichthum bekannten Verfassers. Das Buch liest sich leicht, in demselben finden sich die modernsten Anschauungen über die Tubenerkrankungen, ein Capitel das bekanntlich noch vor etwa 6—7 Jahren auf ein paar Seiten der Lehrbücher abgehandelt werden konnte. Leider kann auf Einzelheiten nur flüchtig eingegangen werden, doch möchte sich Ref. nur einige Bemerkungen erlauben. Auf pag. 35 werden zur Abkürzung des acuten Stadiums einiger Salpingitisfälle die von Grammatikati angegebenen intrauterinen Einspritzungen empfohlen. Dieselben dürften nach Meinung des Refer. in einem Lehrbuch nicht angeführt werden, da sie doch nur von sehr erfahrener Hand in nur wenigen Fällen anwendbar sind. Als Regel hat der Satz zu gelten, dass intrauterine Manipulationen acute Entzündungsprocesse in den Tuben verschlimmern, oder sogar Peritonitis im Gefolge haben können. — Die Entfernung der erkrankten Tuben wird als ultimum refugium bezeichnet und steht Verf. also auf einem durchaus conservativen Standpunkt. Die Operation soll entweder per coeliotomiam oder durch vordere oder hintere Colpotomie ausgeführt werden. Als Indicationen für die Castration utérine werden angeführt: grosse Beckenabscesse (dieselben können nach unserer Erfahrung durch einfache Colpotomie und Drainage ohne Entfernung des Uterus geheilt werden. Ref.), bei grosser vielkammeriger Sactosalpinx purulenta, besonders wenn sie von zahlreichen Verwachsungen umgeben ist, ferner wenn schon Fisteln neben der Pyosalpinx bestehen, endlich bei Abscessbildungen nach schon vorgenommener Laparotomie. Ref. schliesst sich der Meinung von Fritsch an, dass bei doppelseitiger Entfernung von eiterhaltigen Tuben per coeliotomiam auch der Uterus mit zu entfernen sei, dann fiele wohl die letzte Indication fort. Die Darstellung der Erkrankungen der Ovarien ist dem Verf. sehr gut gelungen, Ref. möchte dieselbe geradezu als classisch bezeichnen. Bei der Entstehung der einkammerigen Cysten wird der Hydrops folliculi als ursächliches Moment nicht anerkannt, dagegen der Entstehung aus dem Corpus luteum ein weiteres Feld eingeräumt. Dieselbe Auffassung wird bekanntlich auch von Nagel neuerdings vertreten und hat viel für sich. Die Besprechung der Kystome und ihre operative Behandlung wird recht ausführlich besprochen, wobei alle Möglichkeiten, auch die seltensten berücksichtigt werden. Bei der Abfassung des besprochenen Buches stand Verfasser eine grosse persönliche Erfahrung zu Gebote wie auch eine Reihe von Arbeiten seiner Schüler, die an einschlägiger Stelle in erster Linie berücksichtigt sind, dadurch gewinnt die Darstellung des Stoffes an Lebendigkeit, wodurch das Interesse des Lesers noch mehr gefesselt wird. Wir zweifeln nicht daran, dass das Buch in Kürze eine weite Verbreitung gewinnen wird. Die äussere Ausstattung desselben entspricht ganz den Anforderungen, die wir an den Ricker'schen Verlag zu stellen gewohnt sind.

W. Beckmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

622. Sitzung am 15. April 1897.

Vorsitzender Herr Moritz, Secretair Herr Henking.

1. Dr. Thilo (Riga) hält einen Vortrag «Ueber den Werth der Uebungen zu therapeutischen Zwecken». Der Vortrag deckt sich im Wesentlichen mit dem Inhalte einer Arbeit des Referenten, die unter dem Titel «Uebungen» in Heft Nr. 176 der «Sammlung klinischer Vorträge», Neue Folge 1897, erschienen ist.

Nach einem kurzen Hinweise auf den Werth der Uebung zur Erlernung einer grossen Menge der für das Leben geradezu unentbehrlichen Fertigkeiten, wie etwa Stehen, Gehen, Laufen etc., geht Referent auf eine Besprechung des noch bedeutend grösseren Werthes der Uebung in den Fällen ein, wo diese Fertigkeiten durch Erkrankungen eingebüsst worden sind. Es müsste als auffallend erscheinen, dass die Heilkunst sich meist nur auf die Beseitigung der Erkrankungen beschränkt und darauf verzichtet, durch planmässige Uebungen die Wiederherstellung der früheren Leistungsfähigkeit zu erreichen. Erst in der neueren Zeit haben sich einige Nervenärzte das grosse Verdienst erworben, durch fortdauerndes Zureden und andere seelische Beeinflussungen das Verlangen des Kranken, zu gehen, wieder anzuregen. Eine planmässige Uebung jedoch derjenigen Muskelgruppen, welche durch ihre Schwäche das Gehen unmöglich machen, findet wohl nur selten statt. Wieviele Hysterische, wieviele Kranke mit abgelaufenen Gelenkentzündungen, wieviele Kinder mit infantilen Paralysen sind nur deshalb so schwer beweglich, weil sie es einfach nicht verstehen, das Gehen wieder zu erlernen und weil man sie bei ihren Gehversuchen nicht genügend unterstützte!

In ärztlichen Kreisen finden wir für ähnliche Erkrankungen die Uebungen als Heilmittel nur wenig im Gebrauch; im Gegentheil, wir lesen es noch immer in den verschiedensten medicinischen Handbüchern, dass bei der Behandlung geschwächter Nerven und Muskeln die Anwendung der Elektricität den Uebungen vorzuziehen sei. Allerdings hat bereits ein Theil der Aerzte einzusehen begonnen, dass die Anwendung der Elektricität mit den Uebungen zu vereinigen sei. Aber es verhinderten bisher grosse praktische Schwierigkeiten diese Vereinigung beider Heilmittel.

Die Hauptschwierigkeiten der Bewegungskuren bestanden bisher 1) in der langen Dauer der einzelnen Sitzung, 2) in der langen Dauer der ganzen Kur und 3) in der Kostspieligkeit der Kur, welche durch die Kostspieligkeit der Apparate oder der Heilgehilfen bedingt wird.

Um allen diesen Schwierigkeiten, besonders der letztaufgezählten zu begegnen, bemühte sich Thilo, leicht herstellbare Vorrichtungen zu verwenden, die ausserdem den Ansprüchen auf genaue Kraft- und Zeitbestimmungen entsprechen, ein sicheres Urtheil über den Erfolg der Behandlung gewähren und zugleich es gestatten, eine grössere Anzahl von Kranken gleichzeitig zu behandeln.

Thilo geht nun auf eine genauere Beschreibung der von ihm ausgebildeten Methode der Widerstandsbewegungen mit Gewichts-Rollenzügen über. An einem Schema erläutert er die diesen Bewegungen zu Grunde liegenden mathematischen Gesetze. Er liefert den Nachweis, dass auch an seinen Apparaten durch eine Verstellung der Rollen und Aenderung der Kraftrichtung Widerstände geschaffen werden können, die anfangs allmählich zunehmen, zum Schlusse der Bewegung jedoch wieder abnehmen. Daher entsprechen diese Widerstände bei richtiger Rolleneinstellung der Kraftentfaltung eines Muskels, der sich zusammenzieht; denn nach dem Schwann'schen Gesetze findet an einem Muskel, der sich zusammenzieht, anfangs eine Kraftsteigerung statt, zum Schluss der Zusammenziehung jedoch eine Kraftabnahme und ganz zuletzt wird die Fähigkeit des Muskels sich zusammenzuziehen = 0. (Genaueres hierüber siehe im Original Seite 7 und 8).

Bei praktischer Anwendung seiner Methode lernt man es sehr bald, durch Rollenzüge gleichmässig zu- und abnehmende Widerstände zu schaffen und die Steigerung der Widerstände durch Gewichtsänderungen zu beherrschen. Auch auf den Kranken wirkt es sehr günstig ein, wenn er nach Gewichten beurtheilen kann, wie seine Kraft wächst.

T. führt aus seiner Praxis zunächst einige Fälle von Nervenerkrankungen an, die mit seinen Vorrichtungen behandelt wurden:

J. L. 12 Jahre alt. Kinderlähmung des linken ganzen Beines seit der frühesten Jugend. J. L. konnte nur wenige Schritte gehen. Der m. quadric. crurir. sinist. überwand im October 1895 nur 50 grm., im Mai 1896 dagegen 2000 grm. nach täglichen einmaligen Uebungen mit Rollenzügen. Im Mai konnte sie schon gegen 1 Kilometer weit gehen.

B. W. 8 Jahre alt. Lähmung beider Beine nach Influenza erreichte von Juni bis Ende August 1896 eine Kraftsteigerung von 50 grm. auf 2000 grm.

A. M. aus Petersburg 37 Jahre alt (Alkoholismus, Nicotinvergiftung, Hysterie (?) konnte am 28. Juni 1896 nur mühsam gehen, nach zweiwöchentlicher Behandlung mit Massage, Bädern und Uebungen mit Rollenzügen (zweimal täglich) ging er täglich einen Kilometer weit zum Meere und badete selbst bei hohem Wellenschlag. Seine Kraftzunahme war am musc. quadr. crurir. von 1 Killo auf 4 Killo gestiegen vom 28. Juni 1896 bis 4. August 1896. An seinen übrigen Muskeln zeigten sich ähnliche Kraftzunahmen.

Der Kutscher L. wurde von einem Pferde in den Oberarm gebissen, so dass eine vollständige Lähmung der Finger und Handgelenkstrecker entstand.

Nachdem der College H. in Riga durch Galvanisiren, diese Muskeln soweit gekräftigt hatte, dass L. mit den Streckmuskeln des Zeige- und Mittelfingers 8 grm. überwinden konnte, überwies er ihn Dr. T. zur Behandlung.

T. erreichte von October 1894 bis Mai 1895 eine Kraftsteigerung von 8 grm, auf 700 grm. Hierauf blieb der Kranke vom Mai 1895 bis Januar 1896 ohne Behandlung und arbeitete in einer Fabrik. Er schüttete Knochen und Knochenmehl in Säcke und verband die Säcke mit Schnur.

Im Jannar 1896 zeigte sich, dass die Kraft der Streckmuskeln trotz der Handarbeiten nicht zugenommen hatte. Sie betrug immer 700 grm. für den 2. und 3. Finger der rechten Hand, während diese Finger der linken Hand 900 grm. überwanden.

L. wurde vom Januar 1896 bis Mai 1896 abermals mit Massage und Uebungen behandelt. Im Mai 1896 überwanden der der 2. und 3. Finger 900 grm., d. h. ebensoviel wie die Finger der linken gesunden Hand.

Anton Bum in Wien hat in seinem Handbuch der Massage und Heilgymnastik (Wien 1896) Fälle veröffentlicht die erfolgreich mit den Thilo'schen Vorrichtungen für Fingergymnastik behandelt wurden.

Desgl. Dr. W. Liermann Frankfurt a/M. (Zeitschrift für pract. Aerzte Frankfurt a/M. 1897).

T. führt noch einige Fälle von Gelenkerkrankungen an die erfolgreich von ihm, theils mit Uebungen, theils mit passiven Bewegungen behandelt wurden. Die passiven Bewegungen kann der Kranke mit eigener Hand ausführen, wenn er die Thilo'schen Vorrichtungen [1]) benutzt.

Zum Schluss weist T. darauf hin, dass seine Vorrichtungen auch als Kraftmesser zu diagnostischen Zwecken benutzt werden können, und dass sie sich zu Massenübungen in Krankenhäusern eignen.

Da bei der ganzen Behandlung durch Uebungen die seelische Beeinflussung des Kranken von der grössten Wichtigkeit ist, so erscheinen T. die Nervenärzte als ganz besonders geeignet für die Verwendung seiner Uebungsvorrichtungen.

(Autoreferat).

Discussion.

Herr Moritz hebt hervor, dass ein grossor Vorzug der von Thilo demonstrirten Vorrichtungen in ihrer Einfachheit und leichten Handhabung bestehe; diese Eigenschaften befähigen sie, im Gegensatze zu den theuren und complicirten Apparaten, in allgemeinen Krankenhäusern Verwendung zu finden.

Herrn Anders ist ein Theil der Thilo'schen Apparate bereits seit ein paar Jahren bekannt. In Kinderhospitälern findet sich häufig Gelegenheit gymnastische Uebungen vornehmen zu lassen. Er kann die Rollenzug-Uebungen sehr empfehlen.

Herr Kroug giebt dem Vortragenden darin ganz recht, dass das Anwendungsgebiet der systematischen Heilgymnastik innerhalb der Nervenkrankheiten sehr erweitert werden müsste. Er ist davon überzeugt dass beispielsweise bei Hemiplegikern sich viel von der verlorenen Muskelleistung zurückgewinnen liesse, wenn man ihre contrahirten und atrophischen Muskeln gymnastischen Uebungen unterwerfen wollte.

Herr Kernig stimmt dieser Ansicht vollständig bei. An mehreren Kranken seines Hospitals hat er die Beobachtung gemacht, dass die absolute motorische Hülfslosigkeit, in welche sie nach Hemi- und Paraplegien verfallen, sehr wohl einer bedeutenden Aufbesserung fähig wäre, wenn man sie energisch zu Gehübungen antreibt; mit den einfachsten Hülfsmitteln ist es ihm geglückt, ganz unerwartete Resultate zu erreichen. Unter dem Einflusse des Nichtgebrauches verkümmern ganze Muskelgruppen, die von dem eigentlichen hemiplectischen Insult gar nicht oder nur sehr wenig getroffen worden sind.

Herr Heuking kann auch bestätigen, dass manche der Thilo'schen Vorrichtungen, die er seit einiger Zeit in Hospitals- und Privatpraxis anwendet, sich ihm sehr bewährt haben. Gerade ihre Einfachheit gestatte eine ausgedehnte Verwendung, während complicirte Apparate einem grossen Theil des hülfsbedürftigen Publikums unzugänglich bleiben müssen, da sie nur in Specialanstalten, Zanderinstituten und dergl. angeschafft und aufgestellt werden können. — Auch er hat die Erfahrung gemacht, dass bei einzelnen Formen von Nervenkrankheiten durch systematische Uebungen viel zu erreichen sei. So hat er an einer ganzen Reihe von cerebralen Hemiplegien des Kindesalters Muskelübungen vornehmen lassen und sehr bedeutende Besserungen der spastischen Paresen erzielt.

Herr Westphalen: Auch bei Tabes hat man neuerdings Erfolge durch gymnastische Uebungen erzielt. — Aufgefallen ist ihm die eigenthümliche Erscheinung, dass viele Patienten den längeren Besuch der Zander-Institute nicht vertragen, obgleich sie dessen bewusst waren, dass sie dort mit Vortheil gegen ihre Leiden behandelt wurden; sie werden nervös, verstimmt durch das Getriebe in den grossen Instituten.

Diese Thatsache bestätigt auch Herr Anders; besonders gilt dieses für Neurastheniker.

Herr Thilo erwähnt noch, dass sich seine einfachen Vorrichtungen sehr zu Dauerübungen eignen, welche bei der Nachbehandlung gewisser Formen von Gelenkleiden sehr nothwendig, aber in Zander-Instituten aus mehrfachen Gründen nicht durchführbar sind.

Vermischtes.

— Das Allerhöchste Wohlwollen für besondere Mühewaltung auf der vorigjährigen allrussischen Industrie- und Kunstausstellung in Nishni Nowgorod wurde eröffnet: dem Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna, Geheimrath Dr. Sklifassowski und dem Prof. extraord. der Pharmacie in der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Przibytek.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Consultanten der Maximilian-Heilanstalt, wirkl. Staatsrath Dr. Garfinkel.

— Verstorben: 1) In Zarewokokschaisk (Gouv. Kasan) der dortige Landschaftsarzt Dr. Abraham Portnow im 31 Lebensjahre an Perforation des Darmes in Folge von Perityphlitis. Der Hingeschiedene hat seine Frau ganz mittellos zurückgelassen. 2) In Omsk der Arzt für Abcomandirungen V. Classe bei der dortigen Militär-Medicinalverwaltung, Collegienrath Wl. Borssuk, im Alter von 46 Jahren. 3) In Wologda der dortige Landschaftsarzt Alexander Kewrolew im 36 Lebensjahre an Herzparalyse. Der Verstorbene hat seine Frau mit drei unmündigen Kinder zwar ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen, da er jedoch Mitglied der med. Unterstützungscasse war, so erhält die Familie eine Pension von 300 Rbl. jährlich. Ausserdem hat die Landschaftsversammlung die Beerdigungskosten übernommen und der Familie eine einmalige Unterstützung bewilligt.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit zählte nach ihrem Rechenschaftsbericht pro 1896 zum 1. Januar d. J. 7 Ehrenmitglieder, 243 wirkliche und 210 correspondirende Mitglieder. Der verstorbene langjährige Präsident der Gesellschaft Prof. Dr. N. Zdekauer hat derselben 6691 Rbl. testamentarisch vermacht. Mit Allerhöchster Genehmigung wird im ganzen Reiche eine Sammlung von freiwilligen Spenden veranstaltet werden, welche zur Stiftung einiger Krankenbetten und zur Errichtung einer Entbindungsanstalt bei der Heilanstalt der Kaiserl. Philanthropischen Gesellschaft auf den Namen des verstorbenen N. F. Zdekauer verwandt werden sollen.

— Auf der am 12. d. Mts abgehaltenen Jahresversammlung der genannten Gesellschaft wurde die von ihr zu vergebende goldene Medaille Kaiser Alexander II. dem Dr. Woldemar Hubert (Secretär der Gesellschaft) für sein treffliches Werk «die Pocken und die Pockenimpfung» (Оспа и оспопрививаніе) zugesprochen.

— Die DDr. Eugen Botkin (ein Sohn des verst. Prof. B.) und Peter Ssadowski haben sich mit Genehmigung der Conferenz der mil.-med. Academie als Privatdocenten an der genannten Academie habilitirt, ersterer für innere Medicin, der zweite für Geburtshülfe und Gynäkologie.

— Dem für die Zeit der gerichtlichen Untersuchung suspendirten Oberarzt des Odessaer Stadthospitals Dr. Ssenkewitsch-Kortschak haben, ausser den 28 Aerzten des

[1]) Diese Vorrichtungen sind in St. Petersburg bei C. Malm, Gr. Morskaja 34 käuflich, in Riga bei Alexejew Gr. Sandstrasse 20.

Hospitals, neuerdings auch die Feldscher und Feldscherinnen, die Aufseherinnen und barmherzigen Schwestern des Hospitals eine Adresse überreicht. Die interemistische Leitung des genannten Hospitals ist Dr. Rakusa übertragen worden.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der Berliner Universität, Dr. Fr. Strassmann, ist zum Ehrenmitglied der Societé de Médicine légale de Belgique ernannt worden.

— Als Nachfolger des verstorbenen Professors der Gynäkologie und Geburtshülfe Dr. v. Säxinger in Tübingen ist Prof. Fehling (Halle) in Vorschlag gebracht worden. Mit der zeitweiligen Leitung der gynäkologischen Klinik der Universität Tübingen ist der Privatdocent Dr. Winternitz betraut worden.

— Dr. Chantemesse ist zum Professor der experimentellen und vergleichenden Pathologie an der Pariser med. Facultät ernannt worden.

— Eine deutsche Lepracommission (aus Preussen) weilt gegenwärtig im russischen Weichselgebiet, um die Massregeln kennen zu lernen, welche dort zur Bekämpfung der Lepra ergriffen worden sind.

— Die Pest in Indien weist eine entschiedene Abnahme auf, nur in den nördlichen Theilen macht dieselbe noch Fortschritte. Die von der Wiener Academie der Wissenschaften entsandte österreichische Commission zur Untersuchung der Pest ist nach mehr als dreimonatlichem Aufenthalt in Bombay bereits nach Wien zurückgekehrt. Aus ihrem in nächster Zeit erscheinenden Bericht wird vorläufig mitgetheilt, dass die österreichischen Aerzte, übereinstimmend mit ihren englischen Collegen, constatiren konnten, dass weder die Yersin'schen noch die Chawkin'schen Injectionen die erwartete Wirkung bei der Bekämpfung der Seuche entfaltet haben. — Um die Einschleppung der Pest nach Russland durch Postsendungen zu verhüten ist bei uns die Desinfection der aus pestverdächtigen Gegenden eintreffenden Correspondenz angeordnet worden. Briefe und Kreuzbandsendungen werden durch heisse Wasserdämpfe desinficirt und zwar an der persischen Grenze in Dschulfa und Handon, an der chinesischen Grenze in Troizkossawsk, an der Westgrenze in Wirballen, Alexandrowo, Graniza, Wolotschisk und Radsiwilow; ausserdem in Odessa, Sewastopol, Batum, Baku und Wladiwostok.

— In Anbetracht dessen, dass die beiden internationalen Congresse — der medicinische und der Geologen-Congress — ungefähr zu derselben Zeit in Russland tagen und die Mitglieder der beiden Congresse gleichzeitig in St. Petersburg sein werden, so schlägt das Petersburger Stadtamt vor, die Empfangsfeierlichkeiten für die Mitglieder beider Congresse zu vereinigen, zumal die von der Petersburger Duma bewilligten 6000 Rbl. für den gesonderten Empfang der Gäste nicht ausreichen dürften.

— Wie verlautet, wird anlässlich der im December nächsten Jahres stattfindenden Centenarfeier der hiesigen militär-medicinischen Academie die Uniform der Professoren und Studirenden derselben abgeändert werden. Die Epaulettes und Achselklappen der Professoren erhalten den Namenszug des Begründers der Academie, Kaiser Paul's I., in Silber und die Achselklappen der Studenten der Academie werden, ähnlich wie die der Feldjäger, aus einer mit dem Namenszug Kaiser Paul's versehenen silbernen Tresse in einem Stück bestehen.

— In Frankreich haben im Lehrjahre 1895/96 das Diplom eines Doctors der Medicin 125 Ausländer (darunter 14 Frauen) erhalten, und zwar 95 in Paris und 30 an den Provinzial-Universitäten. Die Mehrzahl derselben, nämlich 36 (24 Männer und 12 Frauen), waren Russen, dann folgen die Türken (27 Männer und 1 Frau), Rumänen (9 Männer und 1 Frau), Bulgarn (5) und Serben (2). (Progr. méd. — Wr.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Mai d. J. 7092 (167 wen. als in d. Vorw.), darunter 426 Typhus — (16 wen.), 792 Syphilis — (31 wen.), 146 Scharlach — (2 wen.) 127 Diphtherie — (5 wen.), 149 Masern — (5 wen.) und 32 Pockenkranke — (1 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. Mai 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
389	309	698	163	82	124	21	16	24	51	59	46	35	41	24	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 45, Scharlach 11, Diphtherie 42, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 102, Todtgeborene 30.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137 кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подьяческ. д. 14 кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 31 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 7. (19.) Juni 1897

Ein Fall von Entfernung des Schultergürtels wegen Sarcom.

Von

Dr. med. Rudolf Wanach

in St. Petersburg.

Alexander A., 45 Jahre alt, trat am 25. September 1895 in das städtische Peter-Paulhospital ein (Krankenbogen Nr 4111). Nach Angabe von Dr. W. Stroganow in Bjelosersk (Gouv. Nowgorod), der den Pat. behandelt hatte, und des Patienten selbst hat er seit mehr als 10 Jahren ein Angiom an der linken Schulter gehabt, das im Sommer 1894 nach einem Trauma rasch zu wachsen begann. Die Oberfläche der Geschwulst wurde bald wund und aus dem Geschwür fanden häufig Blutungen statt, die den Patienten stark herunterbrachten. Auch stellten sich starke Schmerzen ein. Patient wurde von seinem Arzt zur Operation nach St. Petersburg geschickt.

Status präsens. Pat. ist kräftig gebaut, etwas abgemagert und äusserst anämisch. Klagt über grosse Schwäche. Temperatur 38,5. Die inneren Organe ohne nachweisbare Veränderung. Der linke Arm kann im Schultergelenk garnicht, mit der Scapula zusammen nur wenig bewegt werden. Der äussere obere Theil des Schulterblattes wird von einem kindskopfgrossen Tumor eingenommen, der die fossa infraspinata fast ausfüllt und auf den Musc. deltoideus übergreift. Auf der Scapula sitzt der Tumor unbeweglich fest, die Scapula ist aber gegen den Thorax frei verschieblich. Grenzen der Geschwulst: Spina scapulae und Mitte des Musc. deltoideus, äusserer Rand des Musc. latissimus dorsi, unterer Scapularwinkel; der innere Rand der Geschwulst ist 2 Querfinger vom Innenrand der Scapula entfernt. Die Consistenz des Tumors ist nicht überall gleich, im Allgemeinen weich, die Oberfläche höckerig. Die Haut über dem Tumor ist bläulich-roth, nicht faltbar, die Hautvenen um den Tumor bis tief auf die vordere linke Brusthälfte herab sind stark erweitert. Auf der Kuppe der Geschwulst befindet sich ein grosses, stinkendes, gangränöses Geschwür, das bei Berührung leicht blutet.

Diagnose: Sarcom der linken Schulter, wahrscheinlich von der Scapula ausgehend.

Am 27. September 1895 schritt ich zur Operation unter Narkose (60,0 Gr. Chloroform und 4 Spritzen 2% Cocainlösung subcutan). Schnitt über den zwei äusseren Dritteln des Schlüsselbeins bis auf den Knochen. Nach Ablösung des Periosts wird die Clavicula an der Grenze zwischen innerem und mittlerem Drittel mit der Kettensäge durchgesägt und das äussere Stück nach aussen und unten abgezogen. Nach Durchtrennung der tiefen Halsfascie, werden die Gefässe in nachstehender Reihenfolge unterbunden und durchschnitten: Die sehr erweiterte Vena transversa scapulae, Arteria transversa colli an der Durchtrittstelle zwischen den Bündeln des Plexus brachialis, Arteria subclavia am Tuberculum Lisfranci und Vena subclavia. Die Arteria transversa scapulae wurde nicht gefunden (zusammen mit der Vene gefasst?). Darauf werden die Bündel des Plexus brachialis oberhalb der I. Rippe einzeln durchschnitten. Der Hautschnitt wird nach aussen bis auf die äussere Fläche des Oberarms und von da in die Achselhöhle verlängert und die Haut von der vordern Brustwand abpräparirt, wobei die erweiterten Venen gefasst und unterbunden werden. Darauf folgt die quere Durchschneidung des Musc. pectoralis major am vorderen Rand der Achselhöhle mit Unterbindung der Vena cephalica und die Durchschneidung des Musc. pectoralis minor am Processus coracoideus. Das ganze Gefäss- und Nervenbündel mit dem umgebenden Fettgewebe und den eingelagerten vergrösserten Lymphdrüsen wird von der Brustwand abgelöst, so dass der Serratus major und M. subscapularis ganz frei liegt. Die von den grossen Gefässen abgehenden Aeste werden dabei vor der Durchtrennung mit Klemmpincetten gefasst. Der Hautschnitt wird nun von der Achselhöhle zum untern Scapularwinkel weitergeführt und der Musc. latissimus dorsi unterhalb des Angulus scapulae durchschnitten. Die Schulter lässt sich nun stark nach hinten schieben, so dass die Musculi serratus major und rhomboidei an ihrem Ansatz am innern Rand der Scapula von der Wunde aus leicht abgeschnitten werden können. Darauf wird die Haut von der Clavicula nach hinten längs dem innern Rand der Scapula bis zum untern Ende des ersten Schnittes durchtrennt. Mit der Durchschneidung des Musc. cucullaris, levator anguli scapuli und endlich des Omohyoideus wird die Trennung der ganzen oberen Extremität sammt Scapula und Clavicula vom Rumpf vollendet. Der vordere Hautlappen, aus der Haut der vordern Brustfläche, des obern Endes des Oberarmes und der Achselhöhle bestehend, lässt sich ohne Spannung über die grosse Wunde legen und wird ringsum angenäht. Zu den Stümpfen der grossen Gefässe, zum Stumpf des Cucullaris und in den unteren Wundwinkel werden zwischen den Nähten Jodoformmarlytampons eingeführt. Die Operation dauerte 1½ Stunden, der Blutverlust war minimal. Das Blut war hellrosa, dünnflüssig. Pat. vertrug die Operation gut, nur zum Schluss wurde der Puls etwas schwächer. Die Temperatur betrug am Abend nach der Operation 38,5.

Die Geschwulst hatte makroscopisch das Aussehen eines Myxosarcoms. Sie war vom Knochen noch durch eine dünne Schicht des Musc. infraspinatus getrennt, hatte auf den Musc. latissimus dorsi, teres major und minor und den hinteren Theil des Musc. deltoideus übergegriffen und reichte dicht bis an die hintere Fläche der Kapsel des Schultergelenks heran. Stellweise war die Geschwulst zerfallen, stellweise verkalkt.

Mikroscopisch zeigt das Gewebe der Neubildung eine ausgeprägt alveoläre Structur. Die Scheidewände der Alveolen werden meist nur durch eine doppelte Reihe von flachen Endothelzellen gebildet, deren Kerne ein wenig in das Lumen der von ihnen begrenzten schmalen Kanäle — Gefässkanäle — vorspringen. Diese Kanäle kommuniciren sehr reichlich mit einander und bilden ein vollständiges Netzwerk. Die Maschen des Netzwerks sind mit dicht aneinanderliegenden Zellen prall gefüllt; eine Intercellularsubstanz ist zwischen den Zellen nicht nachweisbar.

Die Zellen sind von sehr verschiedener Gestalt und Grösse, meist polyedrisch, oder flach gedrückt und dann mit runden oder eckigen Contouren. Das Zellprotoplasma ist blass und wenig granulirt. Die Zellkerne theils bläschenförmig, theils granulirt und in lebhafter Theilung begriffen. — Wie erwähnt liegen die Zellhaufen meist den Endothelien der Gefässkanälchen unmittelbar an, an einigen Stellen ist die Entstehung der Zellen aus den Endothelien evident. Nur an wenigen Stellen werden die Wände der Gefässkanäle noch von einer den Endothelien aussen anliegenden dünnen homogenen Gewebsschicht gebildet.

Der Structur nach ist demnach die Neubildung als alveoläres Angiosarcom, histogenetisch als Endotheliom zu bezeichnet.

Verlauf.

28. September. Pat. klagt über heftige Schmerzen in der Wunde. Grosse Schwäche. Puls 120. T. 38,8-40,0°.

29. September. Puls 120, etwas kräftiger. Der untere hintere Rand des Hautlappens ist welk und verfärbt. Einige Nähte werden entfernt. Aus dem subcutanen Zellgewebe entleert sich trübe seröse Flüssigkeit. Es werden 3 Gegenöffnungen angelegt und Jodoformmarlytampons eingeführt. T. 39,0—39,5.

30. September. Allgemeinzustand nicht schlechter. Etwas Appetit. Temp. 38,4—38,5.

Unter mässiger Eiterung, bei einer T. zwischen 38 und 39° wurde fast der ganze Lappen gangränös und stiess sich ab. Die Wunde producirte blasse und schlaffe Granulationen, die nur langsam etwas frischer wurden. Der Allgemeinzustand besserte sich langsam aber stetig. Vom 14. October an wurde die T. normal, bis auf einige vorübergehende subfebrile Steigerungen (bis 37,7°).

Nach Abstossung des gangränösen Hautlappens blieb ein grosser granulirender Defect zurück. Als Pat. genügend gekräftigt war, wurde am 14. November unter Narkose (40,0 Gr. Chlorform. 4 Spritzen 2% Cocainlösung) die granulirende Wunde nach Abschabung der schlaffen Granulationen durch Hauttransplantation nach Thiersch gedeckt. Der grösste Theil der transplantirten Hautläppchen heilte glatt an, an 2 Stellen hafteten sie jedoch nicht und die Ueberhäutung der hierdurch entstandenen kleinen Defecte nahm ziemlich viel Zeit in Anspruch, sodass sie erst am 28. December vollendet war.

In der Folgezeit bildeten sich in der Narbe in langen Zwischenräumen hier und da kleine oberflächliche Abscesse, aus denen sich Seidenligaturen abstiessen, wonach immer schnelle Heilung eintrat. Die letzte Ligatur kam am 2. April 1896 ab, dann erfolgte definitive Heilung.

Die Besserung des Allgemeinbefindens schritt immer weiter fort; Pat. entwickelte einen staunenswerthen Appetit. Die Anämie verschwand vollkommen. Ausser leichten Schmerzen am Stumpf der Clavicula hatte Pat. keine subjectiven Beschwerden. Er wurde in blühendem Zustande am 6. Mai 1896 entlassen.

Auf meine schriftliche Anfrage antwortete mir Dr. W. Stroganow, der den Pat. in seiner Heimath zu sehen Gelegenheit hatte, am 21. November 1896, also 14 Monate nach der Operation, dass Pat. am Leben und vollkommen gesund ist.

Pat. wurde von mir am 28. November 1895 dem Verein St. Petersburger Aerzte vorgestellt (cf. Petersburger medicinische Wochenschrift 1896 Nr. 2 pag. 14).

Der Erste, der es wagte, einem Lebenden die ganze Oberextremität mit der Schulter zu entfernen, war ein englischer Marinearzt, Ralph Cuming, der die Operation im Jahre 1808, also ohne Narkose und ohne Antisepsis, bei einem Matrosen wegen schwerer Schussverletzung ausführte. Der Kranke genas. Erst in den dreissiger Jahren wurde die Operation nachgeahmt, und zwar von amerikanischen Chirurgen wegen bösartiger Geschwülste 4 mal, von einem Italiener in Cairo ein mal wegen Schussverletzung. In den vierziger Jahren finden sich 5, in den fünfziger Jahren 3, in den sechziger Jahren 17, in den siebziger Jahren 13 Fälle beschrieben. Paul Berger[1]) stellte im Jahre 1887 in seiner bekannten Monographie 51, Georg Adelmann[2]) im Jahr 1888 — 70 Fälle zusammen. Die Statistik ist von Wilhelm Schultz[3]) bis zum Jahr 1896 fortgeführt worden. Füge ich zu der fast vollständigen Zusammenstellung von Schultz (124 Fälle) noch folgende 9 Operationen hinzu, die bei ihm nicht erwähnt oder später publicirt worden sind, so ergiebt sich, dass bis jetzt die Operation 133 mal ausgeführt worden ist.

1. Ssapeshko[4]) 1892. Dieser Fall ist nur flüchtig erwähnt.

2. R. Frank[5]). (Albert's Klinik) 1893. — 45-jähriger Tagelöhner. Chondrom der Scapula. Von 1884 bis 1892 sind 5 Operationen gemacht worden; die Geschwulst recidivirte immer wieder. Am 1. Febr. 1893 Entfernung des Schultergürtels. Die grossen Gefässe wurden erst zum Schluss der Operation unterbunden. Die Wunde wurde mit einem Hautlappen vom Oberarm gedeckt. Pat. genas.

3. Ochsner[6]). 1894. — 46-jähriger Arbeiter. Chondrosarcom der Schulter, das vor 3—4 Monaten entstanden und rapid gewachsen ist. Operation am 1. Juni 1894, fast genau nach Berger's Vorschriften. Heilung per primam. Nach 3 Monaten noch kein Recidiv.

4. Ssapeshko. (l. c.) 1895. Amputatio mammae mit Entfernung der Achseldrüsen. Recidiv nach 2—4 Monaten. Entfernung der oberen Extremität mit der Scapula. Genesung. Patientin wurde im April 1896 auf dem Congress russischer Aerzte in Kiew demonstrirt.

5. Chavasse[7]) 1895. — 32-jähriger Mann. Vor 1/2 Stunde schwere Maschinenverletzung, indem der Arm bis zur Schulter in einen Treibriemen gerieth; der Vorderarm wurde abgerissen, die Haut weit abgestreift, die Art. brachialis lag bloss, die Schultermuskeln stark gequetscht. Behufs Gewinnung einer genügenden Deckung für den Stumpf am 7. Mai 1895. Entfernung des Schultergürtels nach Berger. Heilung am 3. Juni.

6. Wanach. 1895. Der oben beschriebene Fall.

7. Houzel[8]) 1895. — 33-jährige Frau, leidet seit 2 Jahren an einem Osteosarcoma humeri, das auf das Acromion und die Clavicula übergreift. Operation nach Berger. Heilung in 2 Wochen.

8. G. C. Hall[9]) 1896 (?). — Indischer Bettler. Grosses Sarcom der Schulter. Operation. Genesung. Der Fall ist sehr ungenau beschrieben.

9. E. F. Eliot[10]) 1896 — Myxosarcom der Scapula bei einer 76 Jahre alten Frau. Nachdem vom September 1892 bis zum März 1896 die immer wieder recidivirende Geschwulst 12 Mal operirt worden war, entschloss E. sich dazu, durch Entfernung des ganzen Schultergürtels eine Radicalheilung zu versuchen. Die Operation wurde am 31. Mai 1896 nach den jetzt üblichen Regeln ausgeführt und von der Patientin gut vertragen. Heilung per primam. Im October 1896 kein Recidiv.

In Russland sind, meines Wissens, nur 4 Fälle operirt worden: der erste von Reyher 1887 (beschrieben bei Adelmann), der zweite von Ssapeshko 1892, der dritte und vierte von dem letztgenannten Autor und mir 1895.

Allerdings muss ich hier den Vorbehalt machen, dass es bei dem Umfang der medicinischen Literatur heutzu-

[1]) Paul Berger. L'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc (amputation interscapulo-thoracique). Paris 1887.

[2]) Georg Adelmann. Die operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels. Archiv für klin. Chirurgie. Band XXXVII, pag. 681.

[3]) Wilh. Schultz. Zur Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 43. 1896, pag. 443.

[4]) Сапѣжко. Вылущеніе верхней конечности вмѣстѣ съ лопаткою. VI. съѣздъ русскихъ врачей въ Кіевѣ. Врачъ 1896 Nr. 27 pag. 769.

[5]) Rudolf Frank. Chondrosarcoma scapulae; Amputatio extremitatis superioris in contiguitate thoracis. Internationale klinische Rundschau. 1893, Nr. 22. pag. 819.

[6]) A. J. Ochsner. A further case of removal of the upper extremity together with the scapula and clavicle. Annals of surgery. Vol. XXII Nr. 6. December 1895.

[7]) Thomas F. Chavasse. Case of interscapulo-thoracic amputation for injury. Annals of surgery. Vol. XXIV. Nr. 2. August 1896.

[8]) Houzel. Archive provinciale de Chirurgie. 1896. Nr. 1. ref. in Лѣтопись русск. хир. 1896. T. III. кн. 3 und Centralbl. f. Chir. 1896 pag. 782.

[9]) G. C. Hall. Case of removal of the scapula and upper extremity for sarcoma. The Lancet. 1896, Febr. 8., Nr. 3780.

[10]) E. F. Eliot. Recurrent Myxo-Sarcome of the scapula in a patient aged seventy-six years. The Lancet, November 7. 1896. pag. 1304.

tage unmöglich ist zu behaupten, dass man eine ganz vollständige Casuistik zusammengestellt hat. Die Benutzung der russischen Literatur speciell ist durch das Fehlen eines vollständigen Jahresberichts äusserst erschwert, so dass einem leicht der eine oder der andere Fall entgehen kann. Ich möchte nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit auf den seit einigen Jahren von Nemser zusammengestellten «bibliographischen Anzeiger der laufenden russischen medicinischen Literatur» hinzuweisen, der eine Fortsetzung des von Dr. K Smigradski begonnenen Werkes bildet. Der vollständige Titel lautet: Библіографическій указатель текущей россійской медицинской литературы. Составилъ Д-ръ мед. М. Г. Немзеръ. Приложеніе къ «Вѣстнику Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины».

Mit diesem Vorbehalt zähle ich also 133 Fälle von Exstirpation des Schultergürtels*). Nach den Indicationen lassen sie sich in mehrere Gruppen theilen.

In 2 Fällen ist weder über die Indication, noch über den Verlauf der Operation etwas angegeben (Joseph Bell und Ssapeshko I).

Wegen phlegmonöser Eiterung, Caries und Knochennekrose ist 6 mal operirt worden, ohne Todesfall. (2 einzeitige, 4 mehrzeitige Operationen, nachdem andere Eingriffe ohne Resultat geblieben waren). Diese Indication wird in Zukunft wohl immer seltener werden.

Die «Caries» der Knochen, sei sie tuberculösen oder osteomyelitischen Ursprungs, wird jetzt wohl immer mit partiellen und atypischen Resectionen behandelt werden, da wir die ausgezeichnete Regenerationsfähigkeit der Scapula nach subperiostalen Resectionen kennen und wissen, dass nach Entfernung der Scapula mit oder ohne Erhaltung der Cavitas glenoidalis, der Arm eine überraschend gute Gebrauchsfähigkeit behält.

Eine zweite Gruppe von Fällen ist wegen schwerer Verletzungen operirt worden. Die Art des Eingriffs ist sehr verschieden; häufig, z. B. nach Abreissungen der Extremität, schweren Zertrümmerungen durch Maschinengewalt oder Schuss, besteht die Operation im Wesentlichen im Débridement der Wunde behufs Blutstillung, Gewinnung einfacher Wundverhältnisse und geeigneter Bedeckung für die Wunde. Die Prognose und der Verlauf dieser Fälle hängt nicht vom operativen Eingriff, sondern ganz und gar von der Art des Trauma und der Nebenverletzungen ab Zahlenangaben haben daher wenig Interesse Beiläufig sind es 22 Fälle (13 schwere Comminutivfracturen, 5 Schussverletzungen, 3 Abreissungen der Extremität, 1 Verbrennung) mit 13 Heilungen, 8 Todesfällen und einem unbekannten Ausgang. — Da wir mit unseren jetzigen Kenntnissen und Mitteln im conservativen Verfahren bis an die äusserste Grenze gehen können, wird auch diese Indication immer seltener werden.

Die dritte und wichtigste Gruppe — 103 Fälle — umfasst die bösartigen Neubildungen der Schultergegend. 35 von diesen sind zwei- und mehrzeitig operirt worden, d. h. es ist zuerst die Geschwulst exstirpirt, oder der Arm exarticulirt worden und beim Auftreten von Recidiven, die ein conservatives Verfahren unmöglich machten, ist schliesslich Scapula und Clavicula entfernt worden. Von den 34 derartig operirten sind 18 gestorben (4 an Entkräftung, Shok, Collaps, Wundinfection, 14 an Recidiven oder Metastasen), in 10 Fällen ist das Dauerresultat unbekannt und 7 Fälle dauernd geheilt. Ich habe diese Fälle abgesondert, weil bei ihnen die Operation doch eine wesentlich andere ist, als bei der einzeitigen Entfernung des ganzen Schultergürtels.

Von 68 Fällen, die wegen maligner Neubildungen einzeitig operirt sind, sind 9 in Folge der Operation gestorben (№№ 24, 25, 26, 38, 42, 57 der Adelmann'schen und 11, 19, 34 der Schultz'schen Tabelle).

An Recidiven oder Metastasen gestorben und zur Zeit der Publication mit Recidiven behaftet sind 18 Fälle. (№№ 4, 5, 37, 50, 51, 52, 59, 61, 64, 65 bei Adelmann und 5, 13, 27, 29, 36, 37, 38, 44 bei Schultz).

Von der Operation genesen, aber so früh oder so ungenau beschrieben, dass sich über das Endresultat nichts aussagen lässt — sind 30 Fälle (№№ 18, 39, 44, 58, 67 und Anhang № 2 bei Adelmann, 6, 7, 9, 14, 20, 23, 26, 30, 31, 32, 33, 35, 42, 43, 45, 48, 49, 51, 52, 53 bei Schultz und 3, 4, 7, 8 meiner neu hinzugefügten Fälle).

Nach einem Jahr und länger ist Heilung constatirt in 11 Fällen. (№№ 9 [9 Jahre], 49 [4 Jahre], 56 [1½ Jahre] bei Adelmann, 15 [2 Jahre], 17 [1 Jahr], 25 [3⅓ Jahr], 39 [1 Jahr], 40 [1 Jahr], 46 [1½ Jahre], 50 [2 Jahre] bei Schultz und mein oben beschriebener Fall [14 Monate]).

Tabellarisch zusammengestellt ist das bisherige Resultat der Entfernung des Schultergürtels wegen bösartiger Neubildungen folgendes.

	In Folge der Operation gestorben	An Recidiven oder Metastasen gestorben	Unbekannt	Ueber ein Jahr geheilt	Summe
Mehrzeitig operirt	4	14	10	7	35
Einzeitig operirt	9	18	30	11	68
Summe	13	32	40	18	103

Das heisst, in Worten ausgedrückt: Ein Kranker, dem wegen maligner Neubildung der Schultergürtel entfernt wird, hat mehr Chancen, dauernd geheilt zu werden, als an der Operation zu sterben.*) Das ist ein so günstiges Resultat, dass wir verpflichtet sind, die Operation in solchen Fällen dringend anzurathen. Im Gegensatz zu den Fällen von Eiterung, Caries, schwerem Trauma etc. muss die Indication zur Operation maligner Neubildungen möglichst weit gesteckt werden. Es kommen fast nur Sarcome in Betracht und diese sind in der Schultergegend meist sehr bösartig. Es sind meist Muskel- und Periostsarkome, die nach den bekannten Untersuchungen von Nasse*) theils früh in die Venen hineinwuchern und mit dem Blutstrom verschleppt werden. dann aber auch namentlich in den Muskeln und Muskelinterstitien diffus wuchern. Diese letztere Thatsachen hat Nasse besonders betont und aus ihr die berechtigte Forderung abgeleitet:[11]) «bei den schnell wachsenden bösartigen Sarkomen der Extremitätenknochen sollte als Regel gelten, nicht nur den kranken Knochen ganz zu entfernen, sondern bei der Absetzung des Gliedes auch die Weichtheile so weit oberhalb der Geschwulst zu durchtrennen, dass die in ihrem peripherischen Ende schon erkrankte Muskulatur in toto entfernt wird.» Es ist wohl selbst-

*) Völlig unverständlich ist mir die Angabe Ssapeshko's, der nur 25 Fälle in der Literatur gefunden haben will (l. c.) Sollte das nicht ein Druckfehler oder ein Versehen des Berichterstatters sein? Ganz werthlos ist auch die dort zu findende Angabe, die Mortalität der Operation beträge 22%.

[11]) Ich unterlasse es absichtlich, die Zahlen zu procentischen Berechnungen zu verwerthen, um den mit staunenswerther Consequenz überall getriebenen Missbrauch mit der sogenannten «medicinischen Statistik» nicht mitzumachen. Es scheint nur Wenigen einzuleuchten, dass es Unsinn ist, aus ganz kleinen Zahlen (bei Schultz z. B. 9, 3 sogar 1) procentualische Verhältnisse abzuleiten.

*) Nasse. Die Sarkome der langen Extremitätenknoche Arch. für klin. Chir Bd. XXXIX.

verständlich, dass diese Regel auch auf die Weichtheilsarcome anzuwenden ist. Eine Stütze erhält diese Regel durch die von Borck[13]) constatirte Thatsache, dass bis zur Veröffentlichung seiner Arbeit kein Fall von Femursarkom bekannt war, der durch Exarticulatio femoris dauernd geheilt wäre. Gewiss ist ein wichtiger Grund dafür der, dass sich bei den Femursarkomen die Nasse'sche Forderung nicht erfüllen lässt. — Dass die Resultate bei der Operation der Schultersarkome so sehr viel bessere sind, liegt eben daran, dass wir uns nicht auf die Exarticulation des Armes zu beschränken brauchen, sondern durch Entfernen des ganzen Schultergürtels nebst der Musculatur eine wirkliche Radicaloperation im Sinne Nasse's ausführen können. Die grössere Verstümmelung darf uns von dem Eingriff nicht abhalten, denn vorderhand müssen wir bei der Operation maligner Tumoren an dem Grundsatz festhalten, dass auf nichts mehr Rücksicht zu nehmen ist, als auf schonungslos weites Operiren im Gesunden.

Die moderne Technik der Operation datirt seit Parise (Lille), der 1856 bei einer schweren Maschinenverletzung vor der Entfernung der zerschmetterten Schulter behufs prophylaktischer Blutstillung die Arteria und Vena subclavia unterband. — Die Unterbindung der Schlüsselbeingefässe ist der erste und wichtigste Art der Operation, wie es besonders v. Esmarch, Berger, v. Bergmann u. A. betont haben. Andere — so Ollier und Kocher — fordern ausserdem die prophylaktische Unterbindung derjenigen Aeste der Art. subclavia, die die Schultergegend versorgen, nämlich Art. cervicalis profunda, transversa scapulae und transversa colli. Die übrigen Acte der Operation sind aus der Schilderung meines Falles ersichtlich. Abweichungen werden am häufigsten in der Bildung des Hautlappens nothwendig sein, die sich nach dem Sitz der Geschwulst, etwaigen Ulcerationen etc. zu richten hat Gangrän des Lappens trat auch im Reyher'schen Fall auf, der auch sonst grosse Aehnlichkeit mit meinem hat. Diese Complication ist natürlich sehr unangenehm, weil sie die Heilung bedeutend verzögert. Vermieden kann sie werden, wenn man zwei kleinere Lappen — einen vorderen und hinteren — bildet und in die Lappen nicht nur die Haut, sondern auch Muskeln hineinnimmt. Beides war in meinem Fall nicht möglich, wenn die Operation radical genug ausfallen sollte. Gefahren für das Leben dürfte die Lappengangrän nicht haben. Der zurückbleibende Defect ist durch eine plastische Operation oder durch Transplantation nach Thiersch immer leicht zu decken.

[12]) Nasse. Die Exstirpation der Schulter und ihre Bedeutung für die Behandlung der Sarkome des Humerus. Sammlg. klin. Vortr. N. F. № 86, pag. 514.

[13]) Borck. Ueber die Heilbarkeit maligner Neubildungen des Oberschenkelknochens durch Exarticulation im Hüftgelenk. Arch. f. klin. Chir. Bd. XI.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. O. Rosenbach. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Zweite Hälfte. 1897. Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig.

In unserer Wochenschrift ist die 1. Hälfte des Rosenbach'schen Buches s. Z. schon besprochen worden. Das mächtige Werk hat nun in 2 weiteren Bänden, die die II. Hälfte des Buches ausmachen seinen Abschluss gefunden und wir können nicht umhin demselben einige Worte zu widmen. Das vorliegende Buch, eine Frucht vieljähriger klinischer Erfahrung, eine selbstständige Studie auf dem Gebiete der Herzkrankheiten, weicht in vielen Beziehungen von den übrigen Handbüchern dieser Art ab. So originell ist die Auffassung und infolge dessen zum Theil auch die Darstellung des Stoffes. Es ist kein Handbuch im gewöhnlichen Sinne und enthält weder die comprimirte Wissenschaft, noch die comprimirte Litteratur der Frage, sondern es ist eine mit Geist construirte, auf klinischer Grundlage ruhende, theoretisch-practische Studie und Philosophie und Physiologie, Hygiene und Klinik haben herhalten müssen, um das Gebäude aufzubauen und die Thatsachen und Erfahrungen in das vom Autor gewünschte Licht zu stellen. So will denn das Rosenbach'sche Buch in seinem ganzen Zusammenhange gelesen, um verstanden zu sein. Manches Neue wird der Leser dabei wohl finden, eine Fülle zum Theil recht interessanter Deductionen entdecken, vor allem aber das Bestreben des Autors nach strengem Individualisiren und seine Bevorzugung der klinischen Forschung und Beobachtung dem Experimente gegenüber hervortreten sehn. Sphygmogramme und dem ähnliche Abbildungen haben in dem Werke keine Aufnahme gefunden. Der Standpunkt, den Verf. einnimmt wird wohl nicht von Allen ohne Weiteres getheilt werden, aber das Facit der langjährigen practischen und klinischen Erfahrung des Verfassers, welches in seinem Werke so beredten Ausdruck findet, macht es zweifelsohne zu den werthvollsten und nützlichsten. Die Ausstattung ist die gewohnt tadellose.

Kallmeyer.

Fehling: Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. 2. Aufl. Enke in Stuttgart. 1897.

Die neue Auflage dieses bekannten Lehrbuches ist völlig umgearbeitet worden. Die Ergebnisse der bacteriologischen Forschung der letzten Jahre sind wo nöthig berücksichtigt. Die Darstellung der normalen Wochenbettsperiode wie auch der Erkrankungen im Wochenbett ist eine sehr übersichtliche, das Buch liest sich überhaupt sehr leicht und hat dasselbe Ref. einen grossen Genuss verschafft. Der Begriff der Selbstinfection sollte nach Meinung des Verf. bald aus der Welt geschafft werden. Die infectiösen Wochenbettserkrankungen werden in der gewöhnlichen Weise eingetheilt. Ein etwas weiterer Raum hätte wohl der Darstellung der puerperalen Pyosalpinx eingeräumt werden können. Im Uebrigen weichen die Anschauungen des Verf. von den im Augenblick herrschenden kaum ab. Die Vorzüge des Buches sind so in die Augen springend, dass dasselbe jedem Arzt mit Ueberzeugung empfohlen werden kann. Zahlreiche Fiebercurven illustriren die einzelnen Krankheitsbilder.

W. Beckmann.

Hegar-Kaltenbach: Operative Gynäkologie. 4. Aufl. 1897. Enke.

Die neue Auflage dieses seiner Zeit bahnbrechenden Werkes hat Hegar unter Mitwirkung von Wiedon, Sonntag und Bulius herausgegeben. Das Buch ist gründlich umgearbeitet und die zahlreichen neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der operativen Gynäkologie finden mit kritischer Auswahl Berücksichtigung. Da ein weiter Raum auch den gynäkologischen Untersuchungsmethoden und den Manipulationen der sog. kleinen Gynäkologie eingeräumt ist, wird das Werk ein treuer Rathgeber nicht allein des operirenden Gynäkologen, sondern auch des praktischen Arztes sein. Die Darstellungsweise ist ausführlich und wird durch zahlreiche Abbildungen erläutert. Sicherlich wird die neue Auflage die Zahl der Freunde des Buches nur noch vermehren.

W. Beckmann.

Eduard Hagenbach-Burckhardt: Festschrift zu seinem 25-jährigen Professoren-Jubiläum gewidmet von seinen Schülern. Verlag von Carl Sallmann. Basel und Leipzig. 1897.

Eine schöne Art und Weise fürwahr ist es, auf welche die Schüler des Herrn Eduard Hagenbach-Burckhardt, Professor der Kinderheilkunde und Director am Kinderspital zu Basel, das Professoren-Jubiläum des Letzteren gefeiert haben! Die Festschrift, welche diesem Manne der Wissenschaft, an dem Jubiläumstage überreicht wurde, bildet eine schöne Sammlung von Aufsätzen aus den verschiedensten Gebieten der Kinderheilkunde, welche zugleich von grossem Interesse für jeden Kinderarzt sein müssen. In dieser Sammlung sind 9 Arbeiten vorhanden. Auf jede einzelne näher einzugehen könnte zu weit führen: zum Schlusse sollen sämmtliche Aufsätze aufgezählt werden. Hervorheben möchten wir in erster Linie aber die Arbeit des Priv.-Doc. Dr. Emil Feer: «Zur geographischen Verbreitung und Aetiologie der Rachitis», worin Autor mit grosser Mühe namentlich eine Sammelforschung über die Verbreitung der Rachitis in der Schweiz angestellt hat, da dieses von zunächst liegendem Interesse war. Die übrigen Länder sind gleichfalls nach den bisher bekannten statistischen Mittheilungen behandelt worden. Die Aetiologie dieser verbreitetsten unter den Kinderkrankheiten hat Verf. in einem grossen Capitel ausgiebig besprochen.

Am Schlusse der Arbeit lesen wir den persönlichen Standpunkt Verfassers über die Aetiologiefrage, welchen hier wiederzugeben uns nicht ganz uninteressant erscheint: «Die Rachitis entwickelt sich meist intrauterin. Krankheiten, fehlerhafte Ernährung, hygienische Missstände, selbst der Mangel an frischer Luft und Sonne bilden nur prädisponirende Momente. Die Rachitis ist an bestimmte Länder, bezw. an

Besonderheiten des Culturlebens gebunden und ist wahrscheinlich eine endemische Constitutionsanomalie oder eine endemische Infectionskrankheit».

Dr. Max Sulzer hat «anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie articulären Ursprungs» in einer wissenschaftlich sehr bedeutenden Arbeit niedergeschrieben. In ihm sehen wir einen Gegner der Reflextheorie, welcher mit ganzer Energie seinen Standpunkt aufrecht erhält, dass nämlich jeder Muskelatrophie eine Inactivität des betreffenden Muskels, eine Functionseinstellung desselben vorausgehen muss. Er bekennt sich trotz der Verbreitung der Reflextheorie ganz und voll zu dem Satze, den Cruveilhier im Jahre 1856 aufgestellt hat: «La grande loi, qui préside á toutes les atrophies musculaires, c'est l'immobilité ou l'absence plus ou moins complète des contractions musculaires; l'atrophie musculaire absolue suppose une immobilité absolue».

Die übrigen Arbeiten seien nun dem Titel nach genannt. Prof. Dr. Hosch: Eine Schichtstaar-Familie nebst Bemerkungen über diese Staarform überhaupt.

Dr. J. Fahm: Ueber congenitale Missbildungen.

Dr. Eichenberger: Ein Fall von Diabetes insipidus im Kindesalter.

Dr. F. Brandenberg: Chronischer Icterus (mit letalem Ausgang) bei zwei Geschwistern im Säuglingsalter.

Dr. E. Wieland: Ueber Intubation bei Kehlkopfcroup.

Dr. A. Adam: Ein Fall von traumatischer Haemorrhagie des Gehirns.

Dr. H. Meyer: Ueber weitere Fälle von metastasischen Eiterungen nach Empyem im Kindesalter.

Diese Sammlung kann allen Kinderärzten und solchen, die sich für diese Specialität interessiren, warm empfohlen werden.

Hecker.

Prof Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie X. Band II. Theil. 1. und 2. Abtheilung. Prof. Dr E. Leyden und Prof. Dr. Goldscheider: Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata. Wien 1897. Alfred Hölder.

Der uns vorliegende, vortrefflich ausgestattete, specielle Theil des von Leyden und Goldscheider bearbeiteten Werkes verdient im höchsten Maasse unsere rückhaltslose Anerkennung und Bewunderung. Die Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder zeichnet sich durch ganz besondere Einfachheit und Klarheit aus, dabei ist sie erschöpfend, stützt sich auf die reiche Erfahrung der Verfasser und trägt den neuen Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Rückenmarkskrankheiten vollständige Rechnung. Es werden zunächst die Krankheiten der Wirbelsäule vorgeführt mit Rücksicht auf die durch sie gesetzten Affectionen des Rückenmarks, besonders eingehend wird die Wirbelcaries und die resultirende Compressionslähmung abgehandelt, wobei mit Nachdruck auf die Wichtigkeit der Extensionsbehandlung hingewiesen wird. Es folgen sodann die Erkrankungen der Rückenmarkshäute, die durch eine pathologo-anatomische Uebersicht und eine allgemeine Symptomatologie eingeleitet werden. In diesem Capitel sind besonders erwähnenswerth die vortreffliche Beschreibung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und die eingehende Würdigung der Lehre von der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Die nächsten Capitel beschäftigen sich mit den Circulationsstörungen, mit der Hyperaemie, Anämie, Embolie, Thrombose, mit der Haemorrhagie des Rückenmarks und mit den traumatischen Erkrankungen desselben. Einen der bedeutungsvollsten Abschnitte des Werkes stellt die Besprechung des Myelitis dar; als Grundtypus der acuten Myelitis wird der myelitische Herd betrachtet; es folgt dann die Beschreibung der disseminirten Myelitis und der Poliomyelitis. Bei der Landryschen Lähmung unterscheiden die Verf. 2 Formen: eine bulbäre (medulläre) und eine neuritische. Der Beschreibung der chronischen Myelitis ist ein umfangreiches Capitel gewidmet, wobei wir hier ganz besonders die äusserst klare Darstellung der multiplen Sclerose hervorheben möchten. Bei der Schilderung der Strangerkrankungen wird eingehend die Frage von der primären Lateralsclerose und den combinirten Systemerkrankungen erörtert. Von letzteren lassen Leyden und Goldscheider nur zwei zu: die Tabes dorsalis und die amyotrophische Lateralsclerose. Die erstere Erkrankung wird sehr ausführlich abgehandelt, es werden alle auf diesem Gebiete wichtigen Errungenschaften der neueren Zeit hervorgehoben und kritisch beleuchet; bei der Besprechung der Therapie betonen die Verf. die moderne Behandlung der Ataxie. Den Abschluss der Rückenmarkskrankheiten bildet die Syringomyelie und die Morvan'sche Krankheit, deren Identität besonders hervorgehoben wird. Bei den Krankheiten des verlängerten Markes werden die einzelnen Formen der Bulbärparalyse in ausführlicher Weise vorgetragen; es werden dann, was als anerkannt zweckmässig angesehen werden muss, die Erkrankungen der Augenmuskelkernregion angeschlossen. Wir sind überzeugt, dass das Werk die ihm gebührende Anerkennung in allen ärztlichen Kreisen finden wird und können das Studium desselben nur warm empfehlen.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung 24. Januar 1896.

I. Dr. Kessler demonstrirt einen Fremdkörper, ein Stückchen Holz ca. 2 cm lang, $1^1/_2$ cm breit, die eine Spitze ist nadelscharf, die andere stumpf, von einem sog. russischen Löffel stammend. Derselbe wurde von einem 8 monatlichen Kinde, das nur die beiden unteren Schneidezähne hatte, vom Löffel abgebissen und verschluckt. Nach 22 Stunden angstvollen Wartens von Seiten der Eltern wurde der Fremdkörper, wie zufällig vom Vater, der selbst Arzt ist, beobachtet werden konnte, mit dem stumpfen Ende voran ohne Hinderniss per vias naturales entleert. An Mehlbrei und Grütze hatte nur wenig gegeben werden können, da das Kind dieselben refüsirte.

II. Herr Witas-Rhode berichtet über einen Fall von Zahnfleisch-Erkrankung. Die Erkrankung begann beim 14-jährigen Pat. vor mehreren Jahren mit Schmerzen in den Zähnen, die nach Plombiren nachliessen, doch entwickelte sich ein geschwüriger Process am Zahnfleisch, welcher immer weiter um sich griff und Aehnlichkeit mit Stomatitis ulcerosa hatte. Trotz wochenlanger Behandlung der Stomatitis mit Kali chloricum trat keine Besserung ein, erst nach Extraction der wackeligen Molares schien eine Besserung einzutreten. Aber bald schritt der Process auf das Zahnfleisch der permanenten Schneidezähne über und machte den Eindruck einer Pyuria alveolaris. Da aber diese Krankheit bei so jungen Individuen nicht vorkommt, vermuthete Vortr., gestützt auf einen anderen von ihm beobachteten Fall, tuberculöse Erkrankung des Zahnfleisches. Allgemeinbehandlung wirkte kräftigend, doch war nach jahrelanger Behandlung der Zustand des Zahnfleisches ein desolater. Aashafter Gestank aus dem Munde, das Zahnfleisch die Zähne bis zur Schneide deckend. Nach Entfernung des Zahnfleisches benutzte Vortr. Natriummetall, da Kalium Natrium nach Schreier nicht erhältlich war, zur Aetzung mit bestem Erfolge. Die so behandelten Theile des Zahnfleisches zeigen fast normale Verhältnisse. Vortr. wickelt ein Stück Natriummetall in etwas Watte und bringt es direct auf das Zahnfleisch. Ob der Process in vorliegendem Falle ein tuberculöser ist, kann Vortr. noch nicht bestimmen, da microscopische Untersuchungen fehlen.

III. Dr. Fick demonstrirt ein Darmcarcinom. Patient erkrankte im vorigen Sommer mit leichten Verdauungsstörungen und bemerkte im Herbste einen Tumor in der Ileocoecalgegend, der bis Weihnachten ziemlich schnell wuchs. Verdauungsstörungen steigerten sich, Erbrechen nach dem Essen, Diarrhoen, Kräfteverfall. Bei der Untersuchung findet man in der Ileocoecalgegend einen Tumor, der mit der Haut verbacken ist und das Koenig'sche Symptom zeigt. Er hat eine knollige Oberfläche und reicht nach oben bis Nabelhöhe, medianwärts bis zur Mittellinie und ist eine Handbreit von der Symphyse entfernt. Der Tumor ist beweglich und weist tympanitischen Schall auf. Bei der Operation zeigt sich der Tumor handbreit mit der Bauchwand verbacken, und müssen die mm. obliquus externus, obliquus internus und transversus theilweise resecirt werden. Der Tumor umfasste das Coecum, den unteren Abschnitt des Ileum mit der Valvula Bauhini und eine Dünndarmschlinge, die in den Tumor ein und austrat, ca. $^1/_2$ m von der Valvula Bauhini entfernt. Das Colon ascendens wurde oberhalb der Valvula Bauhini resecirt, die Dünndarmschlinge wurde vor dem Eintritt und nach dem Austritt aus dem Tumor in einer Ausdehnung von 30 cm. resecirt mit keilförmiger Excision des Mesenteriums, das vergrösserte Lymphdrüsen enthielt. Da das resecirte Ileumende nicht an das resecirte Colonende heranzuziehen war, wurde ersteres quer durch die Bauchhöhle geführt und in das Colon transversum implantirt. Das offene Ende des Colons ascendens wurde blindsackförmig vernäht und extraperitoneal versorgt, nachdem durch Ablösung des Peritoneum parietale und Vernähung mit dem Peritoneum viscerale, die Bauchhöhle abgeschlossen war. Das blindsackförmige Colonende wurde in der so gebildeten extraperitonealen Höhle tamponirt. Demonstration des Praeparates.

Dr. Kessler: Die Gynaekologen versuchen ohne Tamponade nach Laparotomien auszukommen, nur wenn man nicht

aseptisch operiren kann, besonders bei Extrauterinschwangerschaft wird tamponirt. Bei Myom und Ovarialcystenoperationen wird zur Blutstillung die Tamponade benutzt, als Drainage wird sie möglichst vermieden, und statt Gaze ein starkwandiges Gummirohr als Drain benutzt.

Dr. Fick: Drainage soll Secrete nach aussen ableiten und ist in solchen Fällen ein Gummirohr angezeigt, die Tamponade dagegen soll kleine Abschnitte der Eingeweide gegen die übrige Bauchhöhle abschliessen und soll als solche nicht als Drainage wirken.

Sitzung 7. Februar 1896.

Prof. Dehio bespricht den weiteren Verlauf des Falles von Exythromelalgie, den er schon auf der Sitzung vom 5. October 1894 demonstrirt hat[1]). Die Krankheit ist zuerst von W. Mitchell beschrieben und sodann mehrfach in der englischen und französischen Literatur besprochen und durch einschlägige Fälle illustrirt worden[2]). In Deutschland wandte sich die Aufmerksamkeit der Aerzte diesem eigenthümlichen Symptomencomplexe erst im Jahre 1872 zu, nachdem Gerhardt, Senator und Bernhardt einschlägige Fälle in der Berliner klinischen Gesellschaft demonstrirt hatten. Im Jahre 1894 veröffentlichten Lewin und Bender[3]) eine erschöpfende Zusammenstellung der Literatur über diesen Gegenstand, aus welcher hervorgeht, dass in der deutschen französischen und englischen Literatur bis jetzt etwa nur 41 Fälle bekannt gemacht sind.

Der Fall des Vortr. betrifft eine Frau von 50 Jahren, bei welcher im Laufe der letzten vier Jahre unter abwechselnden Remissionen und Exacerbationen sich folgende Störungen entwickelt haben: schwere, habituelle Kopfschmerzen, blasse Cyanose der Gesichtshaut, verbunden mit einer an Myxoedem erinnernden Verdickung des subcutanen Gewebes am Gesicht. Sonstige Symptome des Myxoedem sind nicht vorhanden. In der linken Hand finden sich permanente, durch schiessende Exacerbationen gesteigerte Schmerzen, intensive Röthung, fortwährendes Schwitzen, flache Knötchenbildung in der Haut der volaren Fläche der Hand und sämmtlicher Finger und glatte Atrophie der Haut an der dorsalen Fläche der Finger. Die Arteriae brachialis, ulnaris und radialis der linken Extremität deutlich arteriosclerotisch verändert. Das Symptom von Röthung und Schmerzhaftigkeit der Haut findet sich auch am Ballen der linken grossen Zehe.

Nachdem alle möglichen therapeutischen Versuche vergeblich angestellt waren, entschloss Vortr. sich dazu ein 4 cm. langes Stück des linken Nervus ulnaris und der Art. ulnaris hart über dem Handgelenk excidiren zu lassen. Der Effect der Operation bestand darin, dass die vom Nerv. ulnaris versorgte Hauptpartbie die cyanotische Röthung verlor und aufhörte zu schwitzen. Die Schmerzen schienen nach der Operation nicht wesentlich geringer zu sein. Erst nach Monaten trat eine allmälige Linderung der Beschwerden ein. Vier Monate nach der Operation soll sich ein kleines necrotisches Knochenstückchen von der Spitze des linken kleinen Fingers abgestossen haben, worauf eine vollkommene Verheilung der Fingerspitze erfolgt ist. Jetzt — 10 Monate nach der Operation ist Pat. ziemlich schmerzfrei und kann ihre Hand zu leichten Arbeiten gebrauchen.

Das wesentliche wissenschaftliche Ergebniss der vorliegenden Beobachtung besteht darin, dass durch die Resection des Nervus ulnaris, welche ein Schwinden der Hyperämie im Ulnarisgebiet zur Folge hatte, bewiesen wird, dass diese Hyperämie durch einen abnormen Erregungszustand der vasodilatatorischen Nerven bewirkt worden ist. Es ist dem Vortr. nicht bekannt, ob solche Beocachtungen, die die Beweiskraft eines unzweideutigen Experimentes besitzen, schon an Menschen gemacht worden sind. Wenn es noch eines Beweises für die Existenz von vasodilatatorischen Nervenfasern bedürfte, so wäre er durch diese Beobachtung geliefert.

Der Vortr. führt ferner auch das Schwitzen und die Schmerzhaftigkeit, kurzum den ganzen erythromelalgischen Symptomencomplex auf einen pathologischen Erregungszustand der spinalen Nervencentra zurück, von denen die peripheren Nerven der Hand entspringen. Da diese vasomotorischen, schweisssecretorischen und sensitiven Nervencentra sämmtlich in der grauen Substanz des Halsmarkes gelegen sind, so muss der Sitz der Erkrankung in diesem Abschnitt des Nervensystems gesucht werden. Die Arteriosclerose der linken oberen Extremität führt Redner auf die abnorme vasomotorische Dilatation dieser Gefässe zurück. Er beruft sich hierbei auf die Untersuchungen von Prof. Thoma[4]), welcher gezeigt hat, dass alle Einflüsse, die zu einer Erschlaffung der Tunica muscularis führen, eine compensatorische Verdickung der Intima zur Folge haben.

[1]) c. f. Sitzungsberichte d. Dorpater Medicin. Gesellschaft 1894 p. 32 ff.

[2]) cf. Lamois, Thèse de Paris 1880.

[3]) Berliner klin. Wochenschr. 1894.

[4]) cf. Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. 43, 1888.

Die microskopische Untersuchung des excidirten N. ulnaris ergab ganz normale Verhältnisse, es war bei verschiedenen Tinctionsmethoden keine Spur einer Neuritis oder Perineuritis nachzuweisen. An der Art. ulnaris war eine mässig entwickelte Arteriosclerose vorhanden.

Dr. Jaesche fragt ob eine locale Behandlung des Rückenmarks, etwa durch Electricität versucht worden ist.

Prof. Dehio: Da die Pat. bald nach der Operation das Hospital verliess, konnte keine locale Behandlung eingeleitet werden, doch bringt Vortr. das Aufhören des Schwitzens und der Röthung direkt mit der Operation in Zusammenhang, während das Nachlassen der Schmerzen in der ganzen Hand auf eine Remission der Krankheit, wie solche schon vorgekommen sind, bezogen werden kann.

Sitzung 6. März 1896.

Dr. Zoege. Ueber Radicaloperation der Prostatahypertrophie. Die Hypertrophie der Prostata entwickelt sich aus den anatomischen Substraten als glanduläre, sofern die glandulären Partieen der Drüsen pathologisches Wachsthum aufweisen, oder als musculäre, sofern die fibromusculären Bestandtheile pathologisch wuchern und kann in letzteren Falle bedeutende Dimensionen annehmen, so dass es zu wahren Myombildungen kommt. Durch die Hypertrophie der Prostata wird aber die functionelle Thätigkeit der Blase bedeutend behindert, die Blase kann nicht vollständig entleert werden, es bildet sich dadurch, dass der vordere Theil des Blasenhalses durch die hypertrophische Prostata gehoben wird, in dem hinteren Theil des Blasenbodens zum Rectum hin eine Ausbuchtung, der sog. cul de sac, der mit Residualharn gefüllt bleibt. Auch durch die pathologische Entwickelung eines mittleren sog. dritten Lappens wird ein ähnlicher Zustand bedingt zu dem sich bei Contraction der Blase plötzlich eintretender Klappenverschluss der Urethra durch den Lappen gesellt. Alle diese Veränderungen bewirken eine Behinderung der Harnentleerung, als Folge entwickelt sich eine Hypertrophie der Blasenmusculatur, die besonders bei jüngeren Individuen die Hindernisse längere Zeit überwinden kann, bei älteren Individuen folgt der Hypertrophie bald eine Degeneration der hypertrophischen Blasenmusculatur, so dass die Harnentleerung nicht mehr durch die Blasenmusculatur, sondern durch Zuhilfenahme der Bauchpresse, in hochgradigen Fällen durch mechanische Mittel, den Catheter allein herbeigeführt wird.

Die Symptome der Prostatahypertrophie sind Harnverhaltung, Urethritis durch Cathetrismus bedingt, Blutungen, Congestionszustände und als Schluss Cystitis in den verschiedensten Graden.

Die Behandlung dieses complicirten Krankheitsbildes war bisher eine rein symptomatische, gegen die Harnverhaltung wurde der Catheter, gegen die Urethritis und Cystitis Spülungen angewandt, eine Linderung der störendsten Symptome wurde durch sie erreicht, ebenso wie durch die Massage der Blase. Der Uebergang zur aetiologischen Therapie bildete die Sondenbehandlung, die bisweilen gute Resultate aufwies. Dagegen war die directe Injection von Medicamenten in die Prostata, Jod und Ergotin, ziemlich wirkungslos, ebenso wie die Electropunction. Endlich kam durch Zufall die operative Behandlung in Aufnahme und zwar durch die keilförmige Excision des mittleren Lappens bei einem Steinschnitt, das Resultat war in diesem Falle ein gutes. Weitere Excisionen von der Epicystotomie aus, gaben jedoch nicht die erwarteten Resultate, die Kranken wurden den Catheter doch nicht los, ausserdem gingen etliche Patienten durch das Liegen an Pneumonie zu Grunde. Bier schlug einen andern Weg ein, ausgehend von der entwicklungsgeschichtlich allerdings nicht zu haltenden Annahme, dass die Prostata ein Analogon des Uterus darstelle und die Gynaecologen durch Unterbinden der Art. uterinae eine Abnahme der Uterusmyome beobachtet hatten, entschloss er sich die Art. iliacae mit zu unterbinden, doch ist die Operation nur noch von Meyer New York wiederholt worden, da sie im Verhältniss zur Krankheit eine zu eingreifende war. Endlich machten Ramm und White gestützt auf Thierexperimente und die Beobacntung, dass bei angeborenem Defect der Testikel eine mangelhafte Entwicklung der Protasta nachgewiesen werden konnte, die doppelseitige Castration bei Prostatahyperthrophie mit gutem Erfolge. Die bisherige Statistik weist nach Bruns 184 Fälle auf mit 23 Todesfällen, viele darunter an intercurrenten Krankheiten, Influenza etc. gestorben. In drei Fällen trat angeblich acute Manie und Tod nach 4—5 Tagen ein, doch ist die Annahme viel wahrscheinlicher, dass es sich um acute Jodformintoxication gehandelt habe, die ähnliche Symptome wie die Manie macht und letztere nie so schnell lethal verläuft. Von 93 Fällen sind 77 bedeutend gebessert, indem die Prostata deutlich wahrnehmbar schrumpfte, und zwar begann die Verkleinerung schon nach Tagen, aber noch nach 1½ Jahren post operationem konnte eine Abnahme constatirt werden.

Der Erfolg der Operation war bei den verschiedenen Symptomen der Hypertrophie ein wechselnder, bei Harndrang wurde mehrfach Besserung erzielt, bei Retentio urinae trat sehr prompte Besserung ein, bei chronischer Harnretention wirkte sie am wenigsten günstig und bei Cystitis endlich trat stets Besserung ein. Alle Symptome können durch die Operation nicht gebessert werden und muss nebenbei auch die symptomatische Behandlung eingeleitet werden, wie Massage, Spülung. Da aber die beiderseitige Castration doch einen psychischen Einfluss auch auf den jenseits der Zeugungsfähigkeit stehenden Mann auszuüben pflegt und die einseitige Castration nicht hilft, hat man neuerdings die beiderseitige Resection des Vara deferentia mit gutem Erfolge ausgeführt, der Eingriff ist ein kleiner, und kann unter Cocain ausgeführt werden. Bisher sind in dieser Weise operirt, alle mit vortrefflichem Resultat (nach Bruns) 11 Fälle. Der erste Fall nach dieser Methode wurde von Harrison operirt, die Idee stammt von Mears.

Jaan Karin 72 J. a. aus Dorpat, leidet seit einer Woche an acuter retentio urinae, früher will er stets gesund gewesen sein, hat namentlich keine Urinbeschwerden gehabt.

Status pr. 18. Februar 1896. Pat. über mittelgross, reducirter Ernährungszustand. Hochgradige Phimose. Aus dem orificium urethrae ext. quillt Blut und Eiter. Blase steht zwischen Nabel und Symphyse. Bei Einführung eines Catheters (Mercier) fliesst Urin in schwachem Strahle ab. Der Urin ist stark bluthaltig. Untersuchung per rectum ergiebt eine stark vergrösserte, ziemlich weiche Prostata. Länge 5 cm.

Allgemeine Arteriosclerose, kleiner unregelmässiger, stark beschleunigter Puls. 13. Februar. Unter Cocainanästhesie. Spaltung der Phimose und Durchschneidung beider Vasa deferentia. Danach Temperatursteigerungen bis 38,7, starke Schwellung des Scrotums und Abscessbildung rechts unterhalb der kleinen Schnittwunde, die selbst per primam verheilt ist. Starke jauchige Urethritis.

20. Februar. Spaltung des Abscesses, danach Abfall der Temperatur und Schwinden der Schmerzen.

25. Februar. Erste spontane Urinentleerung. Der eitrige Ausfluss aus der Harnröhre schwindet rasch. Urin enthält kein Blut, wenig Eiter. Blasenspülungen, Catheterismus gelingt leicht. Kein Fieber.

Vom 4. März ab ambulatorische Behandlung mit Sonden und Blasenspülungen. Urinentleerung ohne Beschwerden. Residualharn etwa 50—100 ccm. Pat. urinirt am Tage alle 2—3 Stunden, in der Nacht 2—3 Mal.

6. März Messung des Prostata: sie ist 3 cm lang, viel härter, in ihrer ganzen Masse wesentlich verkleinert. Auch im vorliegenden Falle ist der Erfolg ein eclatanter. Die Abscedirung führt Vortr. auf eine Infection des Stumpfes des vas deferens von der Urethra aus zurück. Wenigstens spricht hierfür die Localisation um das centrale Ende bei oberflächlicher prima intentio. Es wird ein solches Ereigniss nicht stets zu vermeiden sein, ebensowenig wie die Epididymitis, weil man nicht warten kann, bis die Urethritis auscurirt ist.

Nach zwei Richtungen sind die Erfolge dieser Behandlungsmethode von Interesse, einmal zeigen sie uns, dass die Prostata in der That eine Geschlechtsdrüse ist, — dann aber, dass die Hypertrophie dieser Drüse bisher, eine unheilbare Krankheit — jetzt sehr wohl heilbar ist.

Dr. Hoffmann fragt, ob es sich bestätigt, dass ein Fünftel aller Männer über 50 Jahre an Prostatahypertrophie leiden. Er hat mit der Ichthyolbehandlung per rectum gute Resultate erzielt.

Dr. Zoege. Die statistischen Mittheilungen sprechen für die obigen Angaben, doch sind die Hypertrophieen gering und bedingen nur Nachträufeln, der Residualharn ist gering und die Pat. kommen ohne Catheter aus. Was die Ichthyolbehandlung betrifft, so hat er bei acuter Prostatitis gute Resultate erzielt, bei chronischen Fällen sind die Resultate weniger gut, da die Suppositorien Stuhlgang hervorrufen und das Medikament seine Wirkung nicht enthalten kann.

Vermischtes.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat den Ober-Impfarzt der Stadt Hamburg, Dr Leonhard Voigt, in Anbetracht seiner werthvollen Arbeiten und seiner erfolgreichen Thätigkeit auf dem Gebiet der Pockenimpfung einstimmig zum Ehrenmitgliede gewählt. Dr. Voigt hatte, einer Aufforderung der genannten Gesellschaft Folge leistend, im vorigen Herbst die gelegentlich der Centenarfeier der Schutzpockenimpfung veranstaltete Ausstellung in St. Petersburg mit einer grossen Anzahl interessanter, das Impfwesen betreffender Gegenstände beschickt, darunter 200 Lanzetten, Pincetten, Löffelchen, Jetons, die in Deutschland den Müttern verliehen wurden, welche Lymphe von den Armen ihrer Kinder nehmen lassen. Leider hat die erst nach längerem Briefwechsel erfolgte Rücksendung der obenerwähnten Exponate und der Verlust einiger derselben Dr. Voigt Veranlassung gegeben, in der «Münchener med. Wochenschrift» nach Schilderung seiner «Erlebnisse bei Beschickung einer wissenschaftlichen Ausstellung in Russland» von einer Betheiligung an der auf dem bevorstehenden internationalen Congress in Moskau geplanten Ausstellung zu warnen.

— Dem Prof. der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Kasan, Dr. N. Sassezki, sind auch die Functionen des Oberarztes an dem örtlichen grossen Gouvernements-Landschaftshospital übertragen worden, wodurch für den klinischen Unterricht ein reiches Material beschafft worden ist.

— Wegen temporärer Abwesenheit vieler Conferenz-Mitglieder der militär-medicinischen Academie ist die Wahl des Professors der Pädiatrie (an Stelle des vorabschiedeten Prof. Bystrow) auf den Herbst verschoben worden. Von den 6 Candidaten, welche sich gemeldet haben, kommen nur 5 in Betracht, nämlich Prof. Tschernow (Kiew), die Privatdocenten der mil.-med. Academie Dr. Sokolow, Gundobin und Jakubowitsch, sowie Dr. Russow (St. Petersburg).

— Verstorben: 1) Am 28. Mai in Libau der Arzt an der dortigen Realschule Dr. Ottomar Grosset nach langer Krankheit im 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Kurland geboren und bezog, nachdem er ein Jahr auf der medico-chirurgischen Academie gewesen, die Universität Dorpat, an welcher er von 1876—82 sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde begann er seine praktische Laufbahn als Arzt in Polangen, siedelte aber bald nach Libau über, wo er als Mensch wie als Arzt während seiner 13-jährigen Thätigkeit viel Liebe und Achtung genoss. 2) Im Flecken Klinzy (Gouv. Tschernigow) der Landschaftsarzt Alexander Uskow im Alter von 43 Jahren. Nach einem schweren Flecktyphus litt der Verstorbene an heftigen Schmerzen, gegen welche er zu immer stärkeren Dosen von Morphium und zuletzt zum Cocain seine Zuflucht nahm. Seine Wittwe ist mit 4 Kindern ohne jegliche Existenzmittel zurückgeblieben. 3) In Brüssel der Professor der Anatomie Dr. Nocquart, 42 Jahre alt, an den Folgen einer Infection, die er sich bei Ausführung einer Section zugezogen hatte.

— In Wiesbaden ist der Nestor der deutschen Chemiker, Prof. Carl Fresenius, an Apoplexie im Alter von 79 Jahren gestorben. Der Hingegangene gründete 1848 in Wiesbaden ein chemisches Laboratorium, das im J. 1884 mit einem hygienisch-bacteriologischen Laboratorium verbunden wurde, aus denen zahlreiche werthvolle Arbeiten hervorgegangen sind.

— Der ältere Arzt des St. Petersburger Wittwenhauses, Consultant des Olgahospitals und Arzt des Alexander-Instituts in St. Petersburg, wirkl. Staatsrath Dr. Jenko, ist zum consultirenden Arzt für innere Krankheiten bei den St. Petersburger Lehranstalten des Ressorts der Kaiserin Maria ernannt worden, mit Belassung in seine bisherigen Stellungen.

— Da Prof. Dr. Paul Ehrlich, Vorsteher der Staatsanstalt für Serumprüfung und Serumforschung in Steglitz (bei Berlin), mit dieser Anstalt nach Frankfurt a/M übersiedelt, so sind seine Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie an der Berliner Universität dem Professor Ludw. Brieger, Vorsteher der Krankenabtheilung des Instituts für Infectionskrankheiten, übertragen worden.

— Nachdem Prof. Fehling (Halle) den Ruf nach Tübingen ausgeschlagen hat, ist der Director der Stuttgarter Hebammenschule Dr. G. Walcher für den vacanten Lehrstuhl der Geburtshülfe in Tübingen in Vorschlag gebracht worden.

— Der Privatdocent der Geburtshülfe an der Universität Heidelberg, Dr. Schottländer, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Den Privatdocenten Dr. Wolters (Dermatologe) in Bonn und Dr. Zamstein (Anatom) in Marburg ist der Professortitel verliehen worden.

— Der von dem Grafen A. W. Orlow-Denissow gestiftete Preis im Betrage von 10,000 Rbl. für das beste Mittel gegen die Rinderpest ist von der Experten-Commission des Instituts für Experimentalmedicin keiner der zum 1. Januar d. J. eingelaufenen Arbeiten zuerkannt worden. Es ist daher ein neuer Termin zur Einreichung bezüglicher Arbeiten auf den 1. Jan. 1902 festgesetzt worden.

— In Moskau wurde vor Kurzem ein Museum für Hygiene und Sanitätstechnick, das in drei grossen Sälen untergebracht ist, eröffnet. Bei demselben befindet sich ein Bibliothekzimmer und ein Saal zur Abhaltung von populären Vorträgen über Hygiene und sanitäre Fragen.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat beschlossen, die Erhebung der Hospitalsteuer mit 2 Rbl. jährlich pro Person auf sämmtliche Einwohner der Residenz auszudehnen. Ausgenommen sind: die Glieder der Kaiserlichen Familie, das

diplomatische Corps, die im Staatsdienst stehenden Personen, sofern sie keinen Nebenerwerb haben, und Kinder unter 15 Jahren.

— Der Universität Tomsk ist eine reiche Spende in Aussicht gestellt. Ein gewisser W. T. Simin hat dem Conseil der Universität mitgetheilt, dass er zur Errichtung eines bacteriologischen Instituts bei der Universität über 100,000 Rbl. darzubringen beabsichtige.

— Nachrichten, betreffend den internationalen med. Congress in Moskau. Für die drei allgemeinen Sitzungen des Congresses, welche am 7., 10. und 14. August von 2—5 Uhr Nachmittags stattfinden werden, sind bisher folgende Vorträge angemeldet worden: Prof. Lakjanow (St. Petersburg) — «Ueber das Hungern des Zellenkernes». Prof. R. Virchow (Berlin) — Ueber die Rolle der Gefässe bei der Entzündung»; Prof. Leyden (Berlin) — «Ueber die zeitgenössische Behandlung der Tuberculösen und die staatliche Fürsorge für dieselben; Prof. Kraft-Ebing (Wien) — «Ueber die Aetiologie der progressiven Paralyse»; Prof. Lauder Brunton (London) — «Ueber die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen der Physiologie, Pharmakologie, Pathologie und klinischen Medicin»; Prof. Lombroso (Turin) — «Ueber neue Gesichtskreise in der Psychiatrie»; Prof. Senn (Chicago) — die chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis». Ausserdem haben Prof. Metschnikow (Odessa) und Prof. Robert (Barcelona) Vorträge zugesagt, jedoch das Thema noch nicht mitgetheilt. Die Professoren Danilewski (Charkow), Roux (Paris) und Herzen (Lausanne) haben die Aufforderung des Organisationscomités in einer der Plenarversammlungen einen Vortrag zu halten, abgelehnt. Von ausländischen Theilnehmern wurden unter Anderen bereits die Herzöge Ludwig und Carl von Bayern, welche bekanntlich beide Aerzte sind, angemeldet. In fast allen grösseren auswärtigen Staaten haben sich vorbereitende National-Comités für den Moskauer Congress gebildet, so in Deutschland (Präsident Prof. R. Virchow), Oesterreich (Prof. Gussenbauer), England (Max Cormac), Frankreich (Prof. Cornil), Belgien (Prof. Crocq sen.), Italien (Prof. Lombroso), Schweden (Prof. Holmgren), Norwegen (Laache), Ungarn (Petrik), Schweiz (Prof. Kocher), Rumänien (Felix), Spanien (Prof. Sansos), Dänemark (Lange), Irland (Stokes), Amerika (Prof. Jacobi), Australien (John Sidney) u. s. w. Die Vertheilung der Congressverhandlungen nach Tagen und Stunden soll bis zum 15. Juli erfolgen. Das Empfangscomités hat seine ursprüngliche Absicht zur Veranstaltung eines gemeinsamen Diners oder einer Soirée für sämmtliche Congresstheilnehmer wegen Mangels eines geeigneten Locals aufgegeben, statt dessen aber die Veranstaltung einer ganzen Reihe von Diners für einzelne Sectionen oder Gruppen in Vorschlag gebracht.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Mai d. J. 7120 (28 mehr. als in d. Vorw.), darunter 427 Typhus — (1 mehr), 875 Syphilis — (83 mehr), 156 Scharlach — (10 mehr), 111 Diphtherie — (16 wen.), 141 Masern — (8 wen.) und 26 Pockenkranke — (6 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis 31. Mai 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
363	308	671	182	89	129	22	10	19	47	47	30	33	35	22	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 52, Scharlach 12, Diphtherie 35, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 12, Krankheiten des Verdauungscanals 115, Todtgeborene 38.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Amalie Schulze, Фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

(ehemals Dr. Hünerfauth). Für **Magen- und Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- und Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche.** — Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten Bäder. — **Elektrotherapie.** — Das ganze Jahr geöffnet. Massageunterricht nur für Aerzte. **Dr. Hans Leber.**

Sassnitz

Ostseebad auf Rügen.

Reiz. gesch. Lage, fr., beleb., niem. schw. u. doch warme Luft, herrl. Buchenw. Hôt. u. Wohn. f. jed. Bedarf. Schnellz.-Verb. Berlin-Sassnitz in 5 St. Dampf.-Verb. n. all. Richt. Prosp. gr. **Die Badedirection.**

Dr. Kadner's Sanatorium.

Niederlössnitz bei Dresden.

Kurhaus für **Magenkrankheiten**, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen. Klinische Beobachtung und Behandlung.

(10) 12-3. **Dr. Kadner. Dr. Berger.**

Unterkunft billig.

Das steirische Gastein,

österreichische Südbahnstation (mit Eilzug von Wien 8, von Triest 5, von Budapest 9 Stunden). **Kräftigste Akrathotherme 36·2 bis 37·5° C.**, ähnlich Gastein, Pfäffers, Teplitz. Badearzt: **Dr. A. Hiebaum**, Operat. u. emer. Univ.-Assistent.

Prospecte gratis durch die Bade-Direction.

RÖMERBAD.

(54) 2—2.

Saisonbeginn 1. Mai.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt

in Bad-Kissingen,

Aeltestes klinisch geleitetes Institut am Platze für Magen- und Darmkranke aller Art, Fettleibige, Stoffwechselkranke etc. ist das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

Dr. Frhr. von Sohlern.

TANNALBIN

ist ein nach dem Verfahren von Prof. Gottlieb Heidelberg dargestelltes **Tanninalbuminat**, 50% Gerbsäure enthaltend.

Vergleiche:

„Ueber die Wirkung des Tannalbin bei Darmkrankheiten der Kinder"

von **N. P. GUNDOBIN**, Privatdocent an der K. Russ. Militär-Akademie (Djetskaja Medizina 1897, Nr. 1).

Siehe auch die Veröffentlichungen über Tannalbin von:

Prof. O. Vierordt, Heidelberg
Primärarzt v. Engel, Brünn
K. Holzapfel, Strassburg
Kinderarzt Rey, Aachen
} **Deutsche Medicin. Wochenschrift 1896, Nr. 11, 25, 50, 1897, Nr. 3.**

Sonderabdrücke auf Wunsch zu Diensten durch die Herren:
Becker & Grube, St. Petersburg, Curt Larrass, Moskau.

Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1896 über 883,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl. Wildunger Salz** ist ein künstl. **zum Theil unlösliches** Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:
Die Inspection der Wildunger Mineralquellen Actien-Gesellschaft.
(49) 12—3.

Schloss Marbach a/Bodensee

Temperenz-Sanatorium vornehmen Ranges für Nerven-, **Alkohol-** und Morphium-Kranke.

Dirig. Arzt: **Dr. Smith.**

Sassnitz

Ostseebad auf Rügen. Reiz. gesch. Lage, fr. beleb. niem. schw. u. doch warme Luft. Herrl. Buchenw. Hôtels u. Wohnungen für jeden Bedarf. Schnellste Verb. Berlin-Sassnitz in 5 Std. Dampfer-Verbindung nach allen Richtung. Prosp. grat. Die Badedirection.

Antiphthisin und Tuberculocidin-Klebs,

aus dem Laborat. von Prof. Dr. **Edwin Klebs** (Strassburg i. E.), Product. d. Laborat. 1896: 700 Lit. Tub.-bac. Cultur. **Broschüre zur Information für Aerzte gratis.** Generaldepôt für **Russland: Th. Auspach's Apotheke in Riga.**

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Pr gr. u. fr.

Дозв. ценз. Спб. 7 Іюня 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat) **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, 14. (26.) Juni 1897

Ueber den Werth der Nasenspülungen.

Von

Dr. med. Paul Bergengrün in Riga.

Vortrag, gehalten auf dem achten livländischen Aerztetage.

Hochverehrte Versammlung! Es ist ein in allen Disciplinen der Heilkunde anerkanntes Princip, dass diese nicht nur Krankheiten «heilen» solle, wie man sich auszudrücken pflegt. sondern auch ein Ideal in der Richtung zu erstreben habe, die Entstehung und Ausbildung krankhafter Zustände der Menschen zu verhüten oder doch auf ein möglichst geringes Maass zu beschränken: Hygiene und Prophylaxe im engeren Sinne gehen Hand in Hand, um die Heilswissenschaft diesem hohen Ziele möglichst nahe zu bringen.

Aus diesem sich segensreich immer mehr ausbreitenden, wie innerlich sich vertiefenden Gebiete unserer Kunst gestatten Sie mir heute, meine Herren, einen kleinen Theil herauszugreifen, indem ich Sie von dem hygienisch-prophylaktischen Werthe lege artis ausgeführter Nasenspülungen zu überzeugen versuche. Ich verstehe unter dem Worte «Nasenspülungen» ganz allgemein das Reinigen der Nasenhöhle vermittelst einer Flüssigkeit.

Die Verbreitung chronischer Entzündungszustände in der Nase, im Nasenrachenraum, in der Mundrachenhöhle und im Kehlkopfe ist heutzutage eine so unendlich grosse, dass ein normaler Zustand dieser Organe bei einem Erwachsenen geradezu als Rarität bezeichnet werden kann. Die aus dem Katarrh der Nase entspringenden Unbequemlichkeiten, welche so oft zu äusserst lästigen Störungen im Allgemeinbefinden führen, wie sie wohl ein jeder von uns kennen gelernt hat, — besonders das Gefühl der festen Nase, — haben den Menschen schon seit langer Zeit verschiedene Mittel dagegen gelehrt; das beliebteste unter diesen ist das Hochziehen oder Aufschnupfen von Wasser mit der Nase aus dem Waschbecken oder aus der hohlen Hand.

Diese in jedem Sinne einfachste Methode der Nasenspülung ist ebenso sehr gefährlich wie überall verbreitet, jedoch beweist gerade dieser letztere Umstand das allgemeine Bedürfniss nach einer besonders gründlichen Nasenreinigung, sowie die vielleicht unbewusste Erkenntniss, dass eine gründliche Säuberung der Nasenhöhle durch nichts so vollständig erzielt werden kann, wie durch den, leicht in alle Buchten und Ecken der Nasenhöhle hingelangenden, so beweglichen Strom einer wässerigen Flüssigkeit; und in der That, der wesentlichste Vorzug des lege artis ausgeführten Nasenbades vor jedem anderen Reinigungsverfahren, wie etwa dem heftigen wiederholten Schnäuzen, dem Pinseln, etc. liegt gerade darin, dass es Gründlichkeit mit denkbar zartester Schonung der Nasenschleimhaut in sich vereinigt. Diese Vereinigung von Gründlichkeit und Schonung ist ein sehr ins Gewicht fallender Umstand.

Bevor wir uns nun die verschiedenen Methoden der Nasenspülung in Bezug auf ihre Brauchbarkeit näher ansehen, fragen wir zunächst: Was ist der Zweck der Nasenspülung? Worin besteht der Werth derselben? Er liegt in der, wie schon angedeutet, ausgiebigen und schonenden Entfernung von stagnirendem Secret, in der leichten Fortschaffung der Staubmassen, die unter gewissen Verhältnissen in der Nase und im Nasenrachenraume abgelagert sind und dort die Mucosa zur Ueberproduction von Schleim veranlassen, indem sie mechanisch und chemisch als Reiz wirken. Wo sich der Schleim nun in grösseren Mengen absondert und, wie z. B. vom Boden einer engen Nasenhöhle, nicht gut weggeschnäuzt oder sonst wie fortgeschafft werden kann und darum liegen bleibt, da wirkt er nicht nur an sich reizend auf die Schleimhaut ein, sondern er wird auch zu einer wahren Brutstätte aller entwicklungsfähigen Luftkeime; diese vermehren sich unter solchen Bedingungen derart, dass die parasiticide Kraft des Nasenschleimes nicht mehr ausreicht, um sie zu vernichten. Ihrer Weiterentwicklung steht nun nichts mehr im Wege: das Secret erhält einen eitrigen Charakter und foetiden Geruch und reizt die Nasenschleimhaut durch dauernde Berührung zu weiterer Erkrankung. Es entsteht ein

Katarrh, der bald genug auf den Rhinopharynx übergreift. Mit der Zeit wird die Entzündung chronisch und veranlasst bei weiterer Entwickelung das Hervortreten mehr oder weniger circumscripter Hyperplasien der Schleimhäute, sowie eine starke, bleibende, diffuse Schwellung derselben. Die vorderen und hinteren Enden der untersten Nasenmuscheln, wohl auch die Vorderenden der mittleren Muscheln wachsen zu glatten oder mehr papillären Geschwülsten aus; auch die nach unten gekehrten Kanten der Muscheln zeigen dann fast ausnahmslos geschwulstähnliche Verdickungen; das lymphatische Gewebe des Rhinopharynx entwickelt sich stärker und formt sich zu jenen grossen, vielgestaltigen Tumoren, welche wir unter dem Namen der adenoiden Vegetationen, Luschka'schen oder Nasenrachenmandeln kennen. Die Erstgenannten oder die Letzteren, oft auch beide zusammen, verlegen die Nasenathmung und geben Veranlassung zu vielfältigen directen und indirecten Schädigungen des Organismus. Diese lassen sich einerseits auf die zwangsweise, bald in unbemerkter Gewohnheit ausgeübte, immer als pathologisch aufzufassende Mundathmung, andererseits auf das Eindringen pathogener Mikroorganismen in den Körper erklären. Unter dem Einflusse des stetig aus der Nase auf die Oberlippe herabrinnenden Schleimes wird die Haut des Naseneinganges macerirt, dann arrodirt und eczematös; stellweise entstehen aus den anfangs nur ganz oberflächlichen Erosionen wirkliche Geschwüre, tiefe Rhadgaden führen von der gelockerten oder von Epithel entblössten Nasenschleimhaut über den Rand des Introitus narium nach aussen: dass sind dann die Eingangspforten für die Bakterien und Coccen, welche weit in die Nase hineinkriechen und zu den, heute noch für gewöhnlich wohl als unbesiegbar anzusehenden Nebenhöhleneiterungen führen, mit all' den diese begleitenden Belästigungen, wie Kopfschmerzen, Ozaena foetida, Atrophie und Austrocknung der Schleimhäute; sie sind aber auch die Urheber der schmerzbringenden und lebensgefährlichen Otitis media. Wenn Letztere auf diese Weise auch nicht so überaus häufig zur Entwicklung gelangt, so stellt sie doch eine ernste und keineswegs als Seltenheit zu bezeichnende Möglichkeit dar, mit der gerechnet werden muss.

Nicht so gefährlich, aber immerhin von schwerwiegender Bedeutung ist, besonders für gewisse Berufsclassen, ferner der fast unausbleibliche Uebergang des Katarrhs von der Nasenhöhle auf den Rachen und besonders auf den Kehlkopf.

In dritter Reihe droht im Hintergrunde das schier endlose Heer kleiner und grosser Leiden, welche die aus dem chronischen Nasenkatarrh sich ergebende secundäre Obstruction der Nase in fast allen Organgebieten des Körpers zu ihrer Gefolgschaft zählt, wie z. B. Augenbindehaut- und Lidrandentzündungen, Bronchialkatarrh, die als Aprosexia nasalis bezeichnete Behinderung des Denkvermögens, die Verunstaltung des Gesichtes, das Erkranken der Zähne, Diuresis nocturna, chronische Lymphdrüsenschwellungen u. s. w. vor allem aber die Tuberculose!

Es ist hier nicht der Ort, auf den Zusammenhang aller dieser und noch vieler anderer krankhafter Zustände einzugehen, welche sich aus der Verlegung der Nasenathmung ergeben, zumal dieselben schon vielfach Gegenstand ausführlicher Besprechungen von den verschiedensten und berufensten Seiten geworden sind: die Erkenntniss ihrer Bedeutung ist, sowohl unter den Aerzten, als auch schon unter den Laien in segenbringendem Zunehmen begriffen. Ich erlaubte mir aber, dieses Gebiet zu streifen, meine Herren, um Ihnen an demselben zu zeigen, wie wichtig auch hier die Befolgung der guten alten Regel ist, welche da lautet: Principiis obsta! Die Nasenspülungen stellen eben eine Massnahme dar, welche einer dauernden Ablagerung des die Schleimhaut reizenden Materiales, zugleich einer Hauptursache des chronischen Katarrhs und damit einer Grundlage für die eben berührten verschiedenartigen pathologischen Zustände in hervorragender Weise vorzubeugen im Stande ist; wo bereits ein circulus vitiosus in dem Sinne eingetreten ist, dass der Schleim und der infectiöse oder dauernd mechanisch reizende Staub eine reactive Wucherung der Mucosa bedingte und diese wiederum durch Anschwellung die ausgiebige Entfernung und Reinigung, das Ausschnäuzen des zu reichlich abgesonderten Secretes erschwert oder unmöglich macht, da werden die Nasenspülungen doch immerhin einem extensiv und intensiv weitergehenden Fortschreiten der Entzündungsvorgänge durch Fernhaltung dauernd wirkender Reizmomente in günstiger Weise entgegenzuarbeiten vermögen.

Es ergiebt sich nun für uns von selbst die Frage: Wann oder wem sollen Nasenspülungen verordnet werden?

In erster Reihe wohl Denjenigen, für welche das Eindringen pathogener Elemente in den Körper ganz besonders gefahrbringend sein muss, wenn wir voraussetzen können, dass die Nasenschleimhaut unter den jeweiligen besonderen Umständen einen locus minoris resistentiae bildet. Wir werden Nasenspülungen bei Solchen in Anwendung bringen, deren Organismus durch schwere Krankheit an Widerstandsfähigkeit verloren hat und deren Nasenschleimhaut mit erkrankt ist oder doch, erfahrungsgemäss, erkranken kann, wobei dann zu gleicher Zeit die Nasenathmung durch Schleimhautschwellung mehr oder wenig behindert ist, wie das in so hervorragendem Masse bei den acuten Infectionskrankheiten der Fall zu sein pflegt: bei Scharlach, Diphtherie, Typhus u. a. m. Sind die Patienten gar bewusstlos oder so hinfällig, dass sie sich die Nase nicht gehörig reinigen können, da verbindet sich die directe Schädlichkeit des stagnirenden, infectiösen, zu harten Krusten und Borken zusammentrocknenden Secretes mit der mehr indirecten der Mundathmung zum Verderben der Kranken. Hier ist nun eine peinliche Reinhaltung und Säuberung von Mund und Nase von nicht genug zu betonender Wichtigkeit. Der Mund kann ausgewischt, die Nase muss ausgespült werden. Meine Herren, ich kann Ihnen ein glänzendes Beispiel für den grossen Segen solcher systematischer Reinigung von Mund- und Nasenhöhle bei Schwerkranken anführen: Prof. H. Eichhorst[1]) in Zürich hatte, nachdem die Abdominaltyphen lange Zeit hindurch beständig von schwersten Larynxveränderungen in einer sehr grossen Anzahl der Fälle begleitet gewesen waren und vielfach zur Tracheotomie Veranlassung gegeben hatten, nach Einführung der in Rede stehenden Massnahmen, die systematisch und grundsätzlich bei jedem Typhuspatienten der Züricher medicinischen Klinik gehandhabt wurden, die Freude, im Laufe von 10 Jahren keine einzige Typhustracheotomie machen zu müssen! Dieser Erfolg ist um so höher zu veranschlagen, als man bedenken muss, dass die Mortalität des Typhus abdominalis zu der Häufigkeit seiner Complicationen im geraden Verhältniss steht, wie wir aus Dopfer's[2]) Untersuchungen wissen. Ebenso ist die systematische Reinigung der Nase (und der Mundhöhle) bei Diphtherie und Scharlach von der grössten Bedeutung für den Verlauf der Krankheit, denn hier wird die Erkrankung der Nasenschleimhaut mit Recht für ein die Prognose wesentlich verschlechterndes Moment angesehen.

Zweitens werden Personen, die mit der Pflege in ebenerwähnter Weise Erkrankter beschäftigt sind und sich

[1]) Eichhorst: Spec. Path., Bd. IV., S. 428, Aufl. 5.
[2]) Dopfer: Ueber die Complicationen des letalen Abdominaltyphus. Münchner medicinische Wochenschrift 1888, Nr. 37 S. 620.

viel in ihrer unmittelbarsten Nähe aufhalten und bewegen, zu solcher Zeit einen nicht unwirksamen Schutz in systematischer Reinigung der Nase finden können; dieses wird besonders der Fall sein, wenn sie Neigung zu katarrhalischen Schleimhauterkrankungen haben, oder gar, wenn sich während solcher Pflege ein acuter Katarrh der oberen Luftwege herausbildet: es liegt wohl auf der Hand, dass die Nasenspülungen hier durch sofortiges Abschwemmen von Keimen, die Ansiedelung und den Weitermarsch derselben zu verhindern vermögen.

Drittens werden alle Diejenigen, welche berufsmässig auf ihren Kehlkopf, auf die Erhaltung der Kraft und Ausdauer, der Frische und Schönheit ihrer Stimme achten müssen, in richtig angewandten Nasenbädern eine wesentliche Unterstützung ihres dahingehenden Bestrebens finden. Die Nasenspülungen haben für die in solchen Berufsarten Wirkenden, wie Sänger, Schauspieler, Lehrer, Prediger u. s. w. eine umso höhere Bedeutung, als die meisten von ihnen in einer mit körperlichen Elementen stark verunreinigten Luft, Tag aus Tag ein, Stunden lang die der Stimmbildung und Athmung dienenden Organe anstrengen müssen; das bedeutet aber eine protrahirte Fluxion zu den Schleimhäuten der oberen Luftwege; nun ist die Athmosphäre der Bühne, der Schulstube und auch der Kirche immer mit Staub und Keimen überladen, ebenso auch Nasen- und Rachenhöhle der diese Luft einathmenden Personen; wo nun, wie das bei den Vertretern der angeführten Berufsclassen ja so sehr natürlich und verständlich ist, schon ein Nasen- und Rachenkatarrh besteht, da wird er durch die dauernde, täglich sich wiederholende Einwirkung solcher Schädlichkeiten unterhalten und verstärkt. Darum kann für solche Personen die Durchspülung der Nase, regelmässig sofort nach dem Verlassen der staubigen Räume vorgenommen, nur von bester hygienisch-prophylactischer Wirkung sein, denn sie verhindert durch schleunige Entfernung des Reizmomentes nicht nur eine intensive Verstärkung des Katarrhs, sondern auch das extensive, bei Vernachlässigung meist unausbleibliche Weitergreifen desselben auf den Kehlkopf. So können systematische Nasenbäder an ihrem Theile mit dazu beitragen, die Stimme zu schonen und vor frühzeitigem Altwerden zu schützen. Natürlich gehört zur Hygiene der Stimme noch bedeutend mehr, aber die Durchführung derselben muss durch solche Entlastung der Nase doch sehr gefördert und in hohem Masse unterstützt werden. Auch Andere, die in Staubluft, z. B. in den verschiedenen Fabriken, an der Dreschmaschine, in Typographien, Steinschleifereien u. s. w. thätig sind, wo Kohlen-, Metall- oder Pflanzentheile die Athmungsluft erfüllen, könnten wesentlichen Nutzen aus dem regelmässigen Gebrauche von Nasenspülungen ziehen, doch lassen sich diese Leute in (übrigens begreiflicher) Sorglosigkeit meist nicht dazu herbei; diejenigen Fabrikarbeiter, welche ich dazu bewegen konnte, rühmten mir auch jedes Mal die wohlthätige Einwirkung dieser Massnahme auf ihr Allgemeinbefinden.

Weiter bietet die eitrige und atrophische Rhinitis, welche ja fast immer verursacht resp. gefolgt ist von der Eiterung einer oder mehrerer Nebenhöhlen, sowie die zur Borkenbildung neigende Rhinopharyngitis der Nasenspülung ein dankbares Feld. Freilich ist hier ihre Wirkung ja eine nur rein symptomatische — wenigstens in den weitaus meisten Fällen — aber auch damit ist oft schon viel gewonnen. Der Foetor, welcher den possidens nunquam beatus aus dem Verkehr der menschlichen Gesellschaft ausschliesst (in manchen Ländern gilt Ozaena foetida als Ehescheidungsgrund!), schwindet bald, die Nasenschleimhaut wird durch die Berieselung zu einer wohlthätigen, gelinden Reaction angeregt, so weit eine solche noch möglich ist und die unendlich quälende, die Nachtruhe störende Pein des trockenen Brennens und Kratzens im Halse wird in wohlthuender Weise herabgemindert.

Ferner können die tuberculösen, vornehmlich aber die syphilitischen Schleimhautgeschwüre des Nasenrachens, sowie die genuinen chronischen, schleimig-eitrigen Katarrhe von der Bursa pharyngea oder deren Umgebung ausgehend, sowie ähnliche, mit Absonderng reichlicher Secretmassen verbundene Entzündungsprocesse am Dach der Nasenrachenhöhle auf's Beste durch die in Rede stehenden Auswaschungen beeinflusst werden, weil diese das stagnirende, infectiöse Secret gründlich fortschaffen, die kranke Stelle der Einwirkung von Medicamenten zugänglich machen und so die erste Grundlage einer erfolgreichen Localtherapie bilden.

Schliesslich werden wir uns der Nasenspülungen bei allen hypersecretorischen Zuständen der Nase und des Pharynx als eines jederzeit unschädlichen Aushülfsmittels dort mit Vortheil bedienen, wo eine radicale, energische Therapie aus irgend welchen äusseren oder auch real begründeten Ursachen unmöglich ist: Erleichterung werden wir den Kranken auf diesem Wege wohl fast immer bringen können.

In jedem Falle, das liegt wohl auf der Hand, kann die Nasenspülung die Localtherapie wesentlich unterstützen, weil wir die oft nothwendig werdende häufigere Anwendung derselben nicht an so häufige Besuche des Kranken beim Arzte zu binden brauchen; darin eben liegt ein wesentlicher Vorzug der lege artis ausgeführten Nasenspülungen vor anderen Aehnliches bezweckenden Methoden, dass wir ihre Ausführung dem Patienten selbst mit ruhigem Gewissen überlassen und mit nach Hause geben können, wenn wir ihm angezeigt haben, wie er dieselbe richtig ausführen soll, denn dann ist sie absolut ungefährlich — aber freilich, meine Herren, eben nur dann, wenn sie lege artis ausgeführt wird; auch müssen wir die Kranken anweisen, auf die möglichen, dabei in Frage kommenden Gefahren zu achten und diesen entgegenzutreten.

Die Gefahr der Nasenspülung, welche ihr so manche Feindschaft bereitet hat, liegt in dem Eindringen von Flüssigkeit in die Tuba Eustachii und in das Mittelohr und der daraus entstehenden Mittelohrentzündung. Sie gestatten vielleicht, meine Herren, dass ich an dieser Stelle mit einem kurzen Worte des physiologischen Verhaltens der Tuba gedenke. Die Eustachische Röhre ist nicht als klaffender Hohlcylinder zu denken; für gewöhnlich liegen ihre Wände fest aneinander. Sie öffnet sich während des Schlingactes[3]) und auch bei der Phonation. Der Verschluss der Tuba kann aber auch gewaltsam gesprengt werden, wenn ein hoher Druck auf ihn einwirkt; dieses geschieht besonders leicht bei gleichzeitiger Phonation, wobei die Röhrenwände jedes Mal leicht von einander abgezogen werden, und wenn die Letzteren während des Schlingactes von einem starken Druck getroffen werden[4]). — Bei Kindern ist die Tuba kurz und sehr breit, woraus sich wohl ohne Schwierigkeit der Umstand erklären lässt, dass die Mittelohrentzündung bei Kindern so häufig anzutreffen ist.

Aus diesen Gesichtspunkten ergeben sich für die richtige Ausführung der Nasenspülung mehrere, in der einschlägigen Literatur vielfach ventilirte, zum Theil sehr beherzigenswerthe Regeln, von welchen ich nur die praktisch wesentlichsten betonen möchte:

1. Bei kleinen Kindern dürfen Nasenspülungen nur mit äusserster Vorsicht, und zwar nur von geübter, ärztlicher Hand vorgenommen werden.

[3]) Hartmann: Experimentelle Studien über die Function der Eustachischen Röhre. Leipzig 1879.

[4]) Vergl. Zarniko: Die Krankheiten d. Nase etc. Berlin 1894. S. 100.

2. Die Spülflüssigkeit darf nicht par force, mit Hochdruck in die Nase getrieben werden; je enger die gerade als Ausflussrohr dienende Nasenseite ist, um so geringer darf die Druckwirkung sein: Mindestens eine halbe Stunde nach beendigter Nasenspülung muss der Patient sich des kräftigen Schnäuzens enthalten, da sonst das noch im Nasenrachenraum übrig gebliebene Wasser in die Tube hineingepresst werden könnte.

Gestatten Sie mir, meine Herren, an dieser Stelle ein Wort im Allgemeinen über das Schnäuzen, jenen Act, der täglich so oft und fast immer in unzweckmässiger, ja schädlicher Weise vorgenommen wird, einzuschalten.

Man darf sich nicht so schnäuzen, wie es unter den sogenannten «gebildeten Menschen» ganz allgemein üblich ist: Diese machen es meistens so, dass sie die Nasenflügel mit Daumen und Zeigefinger fest an das Septum andrücken und wechselweise wieder freigeben; dabei lassen sie einen rasch ansteigenden und möglichst starken Luftdruck gegen die fest geschlossenen Innenwände der Nase und des Nasenrachenraumes einwirken, um dann in dem Momente, wo der Verschluss sich zu lösen beginnt, die Luft und den sonstigen Inhalt der Nase plötzlich mit explosiver Gewalt nach aussen zu befördern. Dass ein solches Verfahren nur ungünstig wirken kann, liegt auf der Hand, wenn wir bedenken, dass mit jedem Acte solch' eminenter, plötzlicher Druckerhöhung, gefolgt von ebenso momentanem Schwinden derselben, im Nasenrachenräume wie auch besonders in der Nase selbst, eine, wenn auch nur kurz dauernde, aber sehr intensive Blutüberfüllung der Schleimhäute zu Stande kommt, und wenn wir uns zugleich vergegenwärtigen, wie häufig dieser Act am Tage vorgenommen wird! Es ist doch kaum anders denkbar, als dass diese schlechte Angewohnheit einen schon vorhandenen Katarrh unterhalten und im Laufe der Zeit beträchtlich vermehren muss. — Andererseits aber, wo noch keiner besteht, einen solchen hervorzurufen durchaus geeignet ist. Sie wirkt natürlich um so verderblicher, je enger die Nasengänge an sich schon sind; auch ist in dieser «gebildeten» (?) Art und Weise, sich die Nase zu putzen, die Gefahr gegeben, dass etwas Secret in die Tuba Eustachii und in das Mittelohr gelange. Ich glaube nicht zu irren, meine Herren, wenn ich die Meinung ausspreche, dass eine sehr grosse Anzahl von Mittelohrentzündungen, besonders bei Kindern mit ein Resultat der eben erwähnten durchaus verwerflichen, darum möglichst auszurottenden Unsitte ist! Die einzige richtige Art des Schnäuzens (zugleich auch eine viel geringere Anzahl von Erkrankungen an Rhinitis hypertrophica, Nasenobstruction und Otitis media) ist bei den Bauern auf dem Lande zu finden: da wird die eine Nasenöffnung mit dem Finger geschlossen, die andere ganz frei gehalten und ausgeblasen, darauf umgekehrt ebenso. Die Befreiung der Nase von ihrem Inhalt kann auf diese Art und Weise bedeutend vollständiger erzielt werden, als es auf dem gewöhnlichen Wege möglich ist; hierbei ist ausserdem von starker Druckwirkung gar keine Rede[5]).

Wenn ich mir erlaubte, einen Augenblick von dem Gegenstände unserer eigentlichen Betrachtung abzuspringen, so bitte ich Sie, diese Freiheit damit entschuldigen zu wollen, dass diese Frage in ärztlichen, wie in Laienkreisen viel zu wenig, meist wohl gar nicht, beachtet wird, während ich die Ueberzeugung hegen muss, dass sie thatsächlich, und namentlich bei Kindern der eingehendsten Berücksichtigung werth ist, weil die letztere gewiss eine grosse Anzahl von Mittelohrerkrankungen verhindern könnte. Von besonderer Wichtigkeit ist die richtige Art und Weise des Schnäuzens nach der Ausspülung der Nase; ebenso beim acuten Schnupfen.

3. Während des Stromlaufes darf weder phonirt, noch geschluckt werden; sobald solches doch geschehen sollte, was gegen den Willen des Patienten wohl gelegentlich vorkommen kann, so muss der Strom sofort unterbrochen werden: das letztere hat auch alsogleich dann zu geschehen, sobald Pat. irgend eine fremde Empfindung, einen Druck oder leises Knacken oder Knistern im Ohr spürt: Personen, welche trotz aller Vorsicht bei der Nasenspülung dennoch öfter, von solchen Sensationen oder gar von Schmerzen betroffen worden, dürfen die Nasenbäder nur in Form von Spraydouchen gebrauchen.

4. Es dürfen nicht zu grosse Flüssigkeitsmengen in ununterbrochenem Laufe durch die Nase fliessen: nach je 5—10 Ccm. muss eine kleine Pause eintreten, damit eine Ansammlung von Flüssigkeit und stärkerer Seitendruck vermieden werde.

5. Auf die Beschaffenheit der Spülflüssigkeit muss geachtet werden:

a) Temperatur: Die Flüssigkeit darf nicht kalt sein, weil die Kälte die Mucosa zu sehr reizen, heftiges Brennen in der Nase und starkes Kopfweh verursachen würde; sie darf aber auch nicht zu warm genommen werden, weil die häufige Anwendung grosser Wärme eine Erschlaffung der Mucosa, wie Zarniko sich in seinem mehrerwähnten, in jeder Hinsicht unübertroffenen Buche (S. 103) ausdrückt, eine dauernde Hyperaemie und Ueberbildung der Nasenschleimhaut in Form der chronisch-hypertrophischen Rhinitis zu Wege bringen müsste: die Spülflüssigkeit soll im Mittel 24° warm sein.

b) Chemische Zusammensetzung: Es darf keine concentrirte oder überhaupt irgend differentere Lösung zur Auswaschung des Naseninnern verwandt werden, denn, abgesehen von der congestiven Reizwirkung einer solchen, gefährdet und beschädigt sie das Schleimhautepithel, in Sonderheit das der Regio olfactoria in hohem Grade, und Zarniko hat gewiss Recht, wenn er (S. 102) behauptet, dass ein nicht unbeträchtlicher Theil aller Anosmieen auf die Nichtbeachtung dieser Vorschrift zurückgeführt werden müsse; besonders zu vermeiden sind Alaun- und Carbollösungen. Aber auch reines, destillirtes Wasser löst die Epithelien; zu empfehlen sind leichte, etwa 1—2%-ige Borsäureresolutionen, ebenso Borax-, Soda-, Chlornatriumlösungen und die verschiedenen alkalisch-salinischen Mineralwässer ohne freie Kohlensäure (Emser Kränchen, Wiesbadener Kochbrunnen, Obersalzbrunn u. a. m,) ausserdem sind Abkochungen von Kamillen oder russischem gewöhnlichen Thee gut zu Nasenspülungen zu brauchen. Allen diesen Mitteln kann man zum Zwecke leichterer Erweichung von Krusten etwas Glycerin und als Geschmackscorrigens etwas Aqu. rosar. zusetzen. Sehr angenehm ist ein zeitweises Wechseln der angegebenen und ähnlicher Mittel. Man muss sich bei der Wahl derselben immer von dem Gesichtspunkte leiten lassen, dass die Wirkung der Flüssigkeit vorwiegend eine mechanisch reinigende, eine erweichende und abschwemmende, daneben eine leicht anregende, aber keine eigentlich chemisch-medicamentöse (oder doch nur in geringem Masse) sein soll.

Ich lasse die Patienten der grösseren Billigkeit halber die Spülflüssigkeit zu Hause bereiten und bediene mich dabei etwa folgender Vorschrift: Boraxpulver, Glycerin, Rosenwasser à 1 Theelöffel, gekochtes Wasser 1 Bierglas: Morgens und Abends, bei der Toilette erwärmt durch die Nase zu giessen, eventuell auch öfter. Die zu verbrauchende Quantität wird etwa durch den im gegebenen Falle benutzten Spülapparat bestimmt.

Wenn wir nun die gebräuchlichsten, zur Durchspülung der Nasenhöhle dienenden Apparate und Methoden im Lichte der oben hingestellten Regeln näher ins Auge fassen, so lässt sich nicht leugnen, dass einzelne von ihnen unbedingte Vorzüge vor anderen besitzen.

Der verbreitetsten und beliebtesten Spülmethode, des Aufziehens von Wasser in die Nase, erwähnten wir schon als einer gefährlichen; sie darf nie verordnet und muss unter allen Umständen verboten werden. Die Schlürfbewegung wird meist um den Effect möglichst deutlich fühlbar zu machen, mit grösstmöglichster Gewalt ausgeführt; der durch die Saugwirkung verursachte negative Druck wird dadurch auf eine bedeutende Höhe getrieben, und es ist eine Erfahrungsthatsache, dass dieses Verfahren eine grosse Anzahl von gefährlichen Mittelohrerkrankungen verschuldet hat. (Die Otitis media, welche häufig nach kalten Bädern eintritt

[5]) Vergl. auch Zarniko; a. a. O. S. 67, § 160.

kommt, auch nur auf diesem Wege zu Stande.) Eine besondere Gefahr dieser Methode der Nasenreinigung liegt auch zum Theil darin, dass so manche Menschen sie viele Jahre hindurch täglich ungestraft anwenden, bis sie eines Tages plötzlich doch die Verderblichkeit derselben erkennen müssen.

Einige Menschen besitzen die Fertigkeit, sich die Nase auf dem umgekehrten Wege, d. h. vom Munde aus durchzuspülen: indem sie nach einer möglichst tiefen Inspiration den stark in den Nacken gelegten Kopf mit einem Rucke nach vorne überwerfen, und dabei kräftig durch die Nase ausathmen: wird die im Munde gehaltene, durch das Einathmen sehr tief in den Rachen hinabgezogene Flüssigkeit durch den Exspirationsstrom von hinten nach vorne durch die Nase mitgerissen, wodurch diese sehr gründlich ausgewaschen wird. Ich glaube, dass diese von Mosler erdachte Methode sehr zweckmässig und ganz ungefährlich ist: die betreffende Lösung strömt rasch an den Tubenmündungen vorbei, geraden Weges in und durch die Choanalöffnungen nach vorne heraus. Indessen, zu den allgemein brauchbaren kann man dieses an und für sich gewiss sehr rationelle Verfahren deshalb nicht zählen, weil dieses Kunststück nur Wenigen gelingt.

Die Stempelspritze ebenso die Ballonspritze, deren Effect zu sehr von der Muskelkraft und Geschicklichkeit ihres Lenkers abhängt, darf eben aus diesem Grunde nie dem Patienten überlassen sein, sondern nur von geschickter ärztlicher Hand geführt werden; am besten und sichersten wäre es, wenn auch diese sich anderer Hilfsmittel zur Nasenauswaschung bediente!

Die Weber'sche Nasendouche, ein Irrigator mit Schlauch und Nasenolive, ist ebenfalls als ganz unzweckmässig anzusehen: vor Allem liegt die Gefahr derselben in der Möglichkeit, durch ein zu hohes Anbringen an der Wand einen zu grossen Druck auf die Tubenmündungen auszuüben und dadurch ihren Verschluss zu sprengen; aber auch bei ganz geringer Fallhöhle vermag die Irrigatordouche noch immer einen starken Ueberdruck zu erzielen, wenn nämlich die Olive die eine Nasenseite ganz austamponirt und die andere irgendwie verengert ist: die Flüssigkeit kann in diesem Falle neben dem Ansatze nicht zurücklaufen, noch auch aus der anderen Seite genügend schnellen Abfluss finden, und Stauung des Wassers mit vermehrtem Seitendrucke ist unausbleiblich. Zudem lässt die Olive durch ihre Gestalt und Grösse keine Veränderung in der Stromlaufsrichtung durch die Nase zu, welche oft sehr wünschenswerth ist. Deshalb hat Kellbogg[6]) die Olive durch einen Gummikatheter ersetzt. Immer aber leidet dieser Apparat an dem grossen Uebelstande, dass er sehr voluminös, schwer transportabel ist und mannigfacher Vorbereitungen bedarf: er wird daher nur von Wenigen systematisch und dauernd gebraucht werden.

Die von Pius[7]) angegebene Spritzflasche, deren Blasrohr im Munde gehalten wird und deren Auslaufrohr mittelst eines Schlauches in die Nase führt, birgt dieselbe Gefahr in sich: durch zu starkes Anblasen kann die Entfaltung der Tubenwände bewerkstelligt werden.

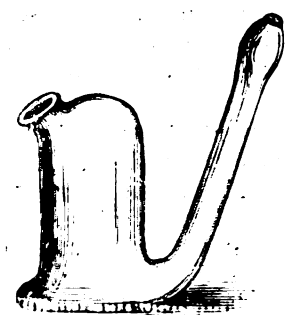
Alle die bisher genannten Instrumente können den Effect der Stempelspritze haben: die Patienten versuchen gewöhnlich, weil sie die Befreiung der Nasenathmung durchaus erzwingen wollen, die Flüssigkeit à tout prix durch die, wenn auch noch so verengte Nase zu treiben: daher dürfen diese Apparate denselben unter keinen Umständen zum Selbstgebrauche mit nach Hause gegeben werden.

Dasselbe gilt von dem Klysopompe; geschickt und massvoll gehandhabt, ist dieses, namentlich zur Loslösung von vorhererweichten Krusten und Borken in der Nase durch den beständigen Wechsel der Druckverhältnisse sehr nützlich.

Ein anderes Princip vertreten diejenigen Apparate, welche die Flüssigkeit nur in leicht rieselnder Bewegung durch die Nase laufen lassen. Solcher Apparate giebt es eine ganze Anzahl: Broich, Jelenffy, Fränkel, Woakes, Politzer u. A. haben derartig wirkende Nasengiessgläser construirt.

Der Nasenspüler von Broich, ebenso wie der diesem sehr ähnliche von Jelenffy, nach Art, Form und Grösse einer Säuglingsmilchflasche sehr nahe kommend, ist etwas voluminös und deshalb nicht sehr bequem zu handhaben; auch haben diese beiden Gläser den Nachtheil, dass sie eine zu grosse Flüssigkeitsmenge mit einem Male ausgiessen können, was immerhin eine gewisse Druckerhöhung bedeutet.

Dagegen bin ich durch längere, überaus günstige Erfahrungen, die ich mit der kleinen Nasenspülkanne von Fränkel (modificirt von Moritz Schmidt) gemacht habe, in den Stand gesetzt, Ihnen diesen Giessapparat aufs Angelegentlichste empfehlen zu können. Sie sehen ihn hier, meine Herren: es ist ein kleines 20—25 g Wasser haltendes cylindrisches Glasstück mit einem langen vom Boden der Kanne aufsteigenden und die Kuppe des Gläschens überragenden Ausflussrohre, an dessen Ende sich eine kleine Knospenauftreibung befindet; ich habe das Rohr etwas mehr nach oben gebogen, als Fränkel dies angiebt. So lässt sich das aufrecht stehende Gefäss ohne weiteres bequem in jedes Bierglas eintauchen, das die erwärmte Spülflüssigkeit enthält; so füllt sich das Gläschen, an dessen Kuppe sich seitlich eine breitere Oeffnung befindet, von selbst. Beim Gebrauche fasst man die Kanne zwischen Daumen und Mittelfinger, während der Zeigefinger die breite Oeffnung verschliesst, um ein unbeabsichtigtes Entleeren zu verhindern. Nachdem der Patient nun das Rohr bis über die kleine knospenartige Anschwellung in die Nase eingeführt hat, dreht er das Gefäss um die Frontalachse etwas nach oben, so dass der abschliessende Zeigefinger sich der Stirn nähert. Der Kopf wird dabei nach vorne geneigt, wenn mehr der Nasenboden, der untere Abschnitt des Rhinopharynx und der Rachen bespült werden soll, wobei dann die Nasenspitze wohl auch etwas in die Höhe gedrückt wird und leicht eingeknickt erscheint. Der Kopf wird dagegen in den Nacken gelegt, wenn der Strom mehr an die oberen Partien der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes gelenkt werden soll. Wird nun der Zeigefinger gelüftet, so läuft die Flüssigkeit durch die Nase nach hinten.



Der Druck dieser leicht rieselnden Welle ist so gering, dass wir, um den Kehlkopf zu schützen, den Patienten ohne jede Gefahr für das Mittelohr desselben leichte und leise Gurgelbewegungen vornehmen lassen können: dadurch schliesst das Velum den Rhinopharynx von dem Cavum pharyngo-orale ab: die Flüssigkeit verweilt im Nasenrachenraum und wird durch die in schnellem Tempo auf- und niederschwingende Bewegung des Gaumensegels mit allen Theilen des Nasenrachens eine Zeit lang in innige Berührung gebracht. Mit Tiefsenkung des Kopfes fliesst der Strom ohne weiteres wieder durch die Nase und den Mund wieder ab indem er Schleim- und Staub-

[6]) «A modif. nasaldouche», Journ. opthalm. otol. etc. Jan. 1891.

[7]) Siehe Politzer: Lehrb. d. Ohrenheilk., 1893, S. 484.

theile mit sich führt. Der Seitendruck ist, wie erwähnt, hierbei so niedrig, die Flüssigkeitsmenge so gering, dass die Tuben vollständig geschützt sind. Sollte aber, was hie und da wohl einmal vorkommen mag, eine das Ohr betreffende Empfindung wahrgenommen werden, so schliesst der Zeigefinger die breite Oeffnung der Kanne und verhindert momentan das weitere Einströmen der Flüssigkeit; überhaupt soll die Fränkel'sche Kanne nicht in einem einzigen Guss in die Nase entleert werden: jede Gefahr, jede Störung wird ausgeschlossen, wenn man den Strom in 2 oder 3 Partieen durchgehen lässt, was mit dem Zeigefinger leicht zu reguliren ist. Zuletzt wird bei abwechselndem, vollständigem Abschluss der einen und anderen Nasenöffnung der übrigbleibende Rest der Spülflüssigkeit ganz leicht, nicht mit grossem Kraftaufwande, ausgeblasen; kräftig schnäuzen darf der Patient, wie schon vorhin angeführt, frühestens eine halbe Stunde später. Der Werth dieses kleinen Kännchens von Fränkel wird durch sein kleines Format, welches dem Patienten dasselbe überallhin mitzunehmen gestattet, sowie durch die classische Einfachheit seiner Anwendung und durch seine hervorragende Billigkeit nicht unwesentlich erhöht; Es kostet bei Marggraf in Riga 20 Kop.

Das Politzer'sche Nasenschiffchen, eine offene, flache Schnabelkanne mit einem Fingerring zum Halten, hat dieselben Vortheile, wie die eben beschriebene Fränkel'sche Giesskanne, nur lässt sie nicht eine so schnelle Unterbrechung des Stromes zu, wie diese; auch ist ein Nebenbeigiessen des Wassers über das Gesicht mit dem Nasenschiffchen schwerer zu vermeiden, als mit der Giesskanne.

Schliesslich will ich noch des wohl allgemein bekannten Nasenspray-Apparates (Fränkel, Hartmann) erwähnen, welcher die Flüssigkeit vermittelst eines mit der Hand getriebenen Doppelgebläses nach Art eines Refraichisseurs in feinster Staubvertheilung in die Nasenhöhle hineintreibt, dessen Inhalt sie durchfeuchtet und auflöst, der sich dann leichter entfernen lässt. Das Eintreiben des Flüssigkeitsprays geschieht mit einer gewissen, der Luftspannung im Gebläse entsprechenden Kraft; jedoch kann der Anprall der Flüssigkeit keinen Schaden anrichten, weil diese unendlich fein vertheilt ist und keinen starken Seitendruck zu entwickeln vermag. Der Spray übt dagegen einen wohlthuenden, ziemlich energischen Reiz auf die Schleimhäute aus und ist deshalb bei den mehr trockenen Formen der Rhinitis, bei welchen der Mangel an Secretion oft so quälend empfunden wird, sehr gut zu brauchen. Andere Apparate und Methoden für den Zweck der Nasenauswaschung glaube ich heute um so eher nicht erwähnen zu dürfen, als sie, so weit sie mir bekannt sind, alle auf einem der erwähnten Principien beruhen. Für den zweckmässigsten und ungefährlichsten von allen diesen Apparaten halte ich die kleine Fränkel'sche gläserne Nasengiesskanne. Der Gebrauch derselben wird Sie, besser als meine Worte es vermöchten, von dem Segen des besprochenen Verfahrens — lege artis ausgeführt! — überzeugen.

Natürlich darf der Gebrauch der Nasenspülung nicht jedem beliebigen, gesunden Menschen zu immerwährendem uncontrolirtem Gebrauche ohne weiteres freigegeben sein: eine präcise Indicationsstellung, etwa wie ich sie vorhin anzudeuten versuchte, muss auch hier der Ordination voraufgehen; die letztere aber hat immer unter genauer Angabe der gebotenen Verhaltungs- und Vorsichtsmassregeln zu geschehen.

Wenn Sie, sehr geehrte Herren Collegen, unter solchen Voraussetzungen dem Gegenstande unserer heutigen Betrachtung, als einer in der That sehr nutzbringenden, ganz ungefährlichen, dabei wohlthuenden und ebenso bequemen, wie billigen therapeutischen Massnahme Ihre werthe Beachtung zuwenden wollten, so darf ich mit Bestimmtheit hoffen, dass Sie sowohl am Krankenbette, als auch in ihren hausärztlich-prophylaktischen Bestrebungen von dem Werthe richtig angewandter Nasenspülungen in kurzer Zeit überzeugt sein werden. Im Uebrigen müssen wir aber Eines im Auge behalten: die Nasenspülungen sind kein radicales Heilmittel und dürfen nicht als ein solches angesehen werden, obgleich es ja wohl das eine oder andere Mal gelingt, etwa einen noch nicht sehr eingerissenen Nasenrachenkatarrh mit Neigung zur Borkenbildung dadurch zum Schwinden zu bringen u. s. w. Man muss die Nasenspülungen im Allgemeinen nur als unterstützendes Hilfsverfahren betrachten und anwenden; im Uebrigen aber, wie überall, so auch hier, die Ursache der vorliegenden Beschwerden, das Grundübel erforschen und, wenn möglich, mit der Wurzel ausrotten. Letzteres ist freilich sehr oft, gerade in der rhinologischen Praxis, unmöglich; in solchem Falle müssen wir uns damit begnügen, symptomatisch zu verfahren und das Leiden wenigstens in seinem Fortschreiten zu hemmen suchen.

In solcher Hinsicht aber ist der Werth der Nasenspülungen wirklich ein grosser: derselbe wird dadurch wesentlich erhöht, dass diese Therapie den Patienten thatsächlich eine schnelle und grosse Erleichterung verschafft, dass die letzteren daduch von vielen subjectiven Beschwerden leicht und schnell, allerdings in manchen Fällen nur zeitweilig, befreit werden können.

Diese Beschwerden mögen, so weit sie hier in Frage kommen, an sich betrachtet, vielleicht geringfügig erscheinen, — in ihrer ununterbrochenen Folge und in ihrer oft grausamen Stetigkeit aber versetzen sie eine sehr grosse Anzahl von Menschen, durch beständige Quälerei von frühester Kindheit an, in jenen Zustand, welcher das Ende des 19. Jahrhunderts charakterisirt und gemeiniglich mit dem etwas laienhaften Ausdruck «Nervosität» bezeichnet zu werden pflegt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Anders Wide. «Handbok i medicinsk gymnastik»

Dr. Anders Wide, Docent für Heilgymnastik und Orthopädie und Leiter des heilgymnastisch-orthopädischen Instituts in Stockholm übergiebt in seinem, 1896 II. erschienenen, «Handbok i medicinsk gymnastik» Aerzten und Specialisten ein Werk, nach dem schon lange das Bedürfniss sich fühlbar machte. Man kann nicht sagen, dass dieses Werk eine Lücke in der medicinischen Literatur ausfüllt; wir haben ja eine Menge von Lehrbüchern die die Mechanotherapie behandeln, wir haben an deutschen Autoren Reibmayr, Schreiber, Nebel, Dollinger, Dolega, Hughes, Krukenberg, Landerer, Hoffa und A. m., wir haben gute Uebersetzungen schwedischer Verfasser, wie Hartelius, Kleen, Kellgren, Thare Brandt u. A.; und doch entspricht keines dieser Bücher so vollkommen den Ansprüchen, die der Mediciner jetzt an ein Handbuch der Mechanotherapie oder, wie ich mich lieber ausdrücken möchte der schwedischen Heilgymnastik, stellen muss, wie Wide's «Handbok». Mit voller Berechtigung sagt Dr. Zander: «wir schwedischen Aerzte können mit unserer Gymnastik vergelten, was uns in anderen Zweigen der Medicin das Ausland gab». Wir finden Lehrbücher, die uns eine «Deutsche Heilgymnastik» offeriren: sie kann die schwedische nicht ersetzen, oder unterscheidet sich durch nichts von ihr, der wir doch die Priorität nicht absprechen können. Wir haben deutsche Lehrbücher, welche die «schwedische Heilgymnastik» behandeln; manches an ihr verändert haben, sich über die Nomenclatur lustig machen und den Kreis ihrer Wirksamkeit stark beschneiden. Deutsche Autoren, wie auch einige schwedische (z. B. Kleen, Massage) behandeln in ihren Lehrbüchern die Massage, ihre Technik und Anwendung, andere die heilgymnastischen Bewegungen, gesondert als verschiedene getrennte Disciplinen, wogegen sich doch eigentlich ihre Indikationen, ihre gleichwerthigen oder einander ergänzenden und unterstützenden Wirkungen auflehnen. Ein Autor behandelt nur die Technik, der andere die Anwendung in der

praktischen Medicin: bei Jedem empfindet man das Fehlen des Anderen.

Allen genannten Verfassern gemeinsam (ausser Hartelius und Hellgren) ist eine allzu grosse, vielleicht auch berechtigte Vorsicht in der Anwendung der Massage und Heilgymnastik in Fällen, an denen bisher eine derartige Behandlung noch nicht versucht worden ist, oder die dieselbe streng contraindicirten. Wide, als Verfechter einer Heilmethode, deren Specialisirung die Errungenschaft seines Vaterlandes ist, hat das Gebiet ihrer Wirksamkeit stark erweitert und bietet uns Indikationen für die Heilgymnastik mit Recepten und Krankengeschichten, die noch wenig bekannt sein dürften. Sein Werk umfasst wohl so ziemlich alles in der manuellen Heilgymnastik, was der Arzt zu wissen wünscht.

Der erste Theil umfasst die Technik der Massage und Heilgymnastik. Die Eintheilung und Beschreibung der Bewegungen sind so mustergiltig, die in 83 Autotypen beigefügten Abbildungen so klar und lebendig, dass es schwer ist, auch nur einen Moment in der Stellung des Patienten und Gymnasten misszuverstehen. Hierbei muss noch hervorgehoben werden, dass aus dem recht umfangreichen und schwierigen Ling'schen System mit grosser Sachkenntniss nur die Bewegungen ausgewählt sind die faktisch einen positiven Werth bei der Patientenbehandlung haben. Einen deutlichen Ueberblick über die, nur wenigen, Hülfsapparate der manuellen Behandlung bietet uns das Titelbild.

Der zweite, mehr als doppelt so starke Theil des Werkes enthält die Anwendung der Heilgymnastik in der praktischen Medicin neben erläuternden Krankengeschichten, Contraindikationen und Recepten. Hier wird uns wohl so ziemlich alles geboten, was auf diesem Gebiete bisher geleistet worden ist, ausser in der Gynäkologie, bei der Verfasser auf das Specialwerk von Thure-Brandt hinweist und der Ophthalmologie, die im Kleen bereits specielle Berücksichtigung gefunden hat. Was diesem Theil einen ganz besonders hohen Werth verleiht, ist die Anregung, die er in jedem Leser unbedingt hervorrufen muss, sich doch auch einmal an Fällen zu versuchen, die aus der Zahl der gewöhnlichen, typischen heraustreten und in denen Verfasser, oder ihm, von anderen Specialisten zur Verfügung gestellte, Krankengeschichten kleinere, grössere oder volle Erfolge aufweisen. Es sind das nicht leichtfertige, mit schnell gefasstem Entschluss vorgenommene Versuche, die uns Verf. vorführt. Im Gegentheil sind das alles Fälle, bei denen vor allen Dingen die Diagnose, dieses wichtigste Moment vor jeglicher Behandlung, mit Sicherheit festgestellt ist. Oft genug begnügt sich Verf. nicht mit der, von ihm selbst gestellten Diagnose, sondern unternimmt die Behandlung erst nach gewissenhafter Consultation anderer Autoritäten und nach reiflicher Ueberlegung aller hier möglichen physiologischen Wirkungen einer mechanischen Behandlung. So nur kann das Ganze ein sicher leitendes und Vertrauen erweckendes Handbuch vorstellen.

Was die Eintheilung der Krankheitsfälle betrifft, so ist sie die gewöhnliche, anatomisch und physiologisch begründete.

Zum Schluss dieser Besprechung darf nicht unerwähnt bleiben, dass ein ganz besonders voluminöser Theil den Krankheiten der Circulationsorgane gewidmet ist. Die heilgymnastische Behandlungsmethode dieser Krankheiten ist, was manuelle Behandlung anbetrifft, wohl noch nirgends so genau beschrieben, so klar und fasslich in ihren physiologischen Wirkungen zerlegt worden. Somit bildet dieser Theil ein würdiges Seitenstück zu Nebel's «mechanischer Behandlung der Kreislaufstörungen» mit Zander'schen Apparaten. Genauer als bisher wird im «Handbok» auch die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten besprochen, wie auch der Rückratsverkrümmungen. Zum Schluss folgt ein kurzer Abschnitt über diätetische und Motionsgymnastik.

Der Gesammteindruck des Werkes ist der, dass wir es nicht mit einem Verfasser zu thun haben, der Entusiast für eine neue Behandlungsmethode ist, sie ohne feste Basis verficht, oder andere Heilmethoden ausschliesst, in ihr allein das wahre Heil sehend. Nein, er ist ein bekannter Orthopäde, der allen Disciplinen der Medicin volle Anerkennung zollt, wofür ausreichend folgender Satz aus seinem Vorwort spricht: «Die Heilgymnastik schliesst nie gleichzeitige Anwendung anderer Mittel aus, und wird durch ihre Anwendung ihr therapeutischer Werth nicht geschmälert».

Das «Handbok» ist erschienen bei Nardin und Josephson in Stockholm, in schwedischer Sprache und wird in kurzer Zeit auch in deutscher Uebersetzung zu haben sein.

Weltz.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

Du Castel hat die von Darier empfohlene Behandlung der Epitheliome des Gesichts mit Methylenblau mit gutem Erfolge geübt. Die Methode besteht darin, dass alle 3 Tage der Tumor zuerst mit einer Lösung von 1 g Methylenblau in Alkohol und Glycerin, dann mit einer 20 Proc. Chromsäurelösung und mit derselben Methylenblaulösung eingepinselt wird und ein feuchter Verband angelegt wird. Nach einiger Zeit wird das Methylenblau allein angewandt. In Fällen, wo es sich um ausgebreitete und tiefe Epitheliome handelte, empfiehlt Darier interstitielle Injectionen von Methylenblaulösung. Castel fand diese Behandlungsmethode ganz besonders günstig bei oberflächlichen Epitheliomen. Vor der Pinselung ist eine Auskratzung des von Vegetationen bedeckten Tumors zu empfehlen. Auch schien es ihm einfacher die Einpinselungen nur alle 8 Tage zu machen und die Wunde mit Collodium zu bedecken. (Therapeut. Monatshefte p. 274).

Zuschrift an die Redaction.

Von der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga geht uns folgende Zuschrift mit der Bitte um Veröffentlichung zu. Im Interesse der Sache wünschen wir derselben eine möglichste Berücksichtigung seitens der medicinischen Fachpresse sowie von Seiten der politischen Tagespresse. Die Red.

«Einige Berichte der Tagespresse über Novitäten in der Medicin und wunderbare Heilerfolge wurden in jüngster Zeit der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga Veranlassung, die Frage der Zulässigkeit einer derartigen Benutzung wissenschaftlicher Zeitschriften bezw. der Sitzungsberichte wissenschaftlicher Gesellschaften zu erörtern und glaubt die Gesellschaft, als eine der ältesten wissenschaftlich-collegialen Vereinigungen im russischen Reiche sich nicht nur berechtigt sondern sie empfindet es als Pflicht, öffentlich energischen Protest zu erheben gegen ein derartiges Vorgehen, das sich nur für den Fachmann bestimmte Veröffentlichungen zu Nutze macht, lediglich um dem Sensationsbedürfniss des grossen Publikums zu schmeicheln.

Kaum eine von den grossen wissenschaftlichen Errungenschaften der letzten Jahrzehnte ist dem Schicksal entgangen, vorzeitig, noch nicht genügend geprüft und als wissenschaftliche Thatsache noch nicht ausser allem Zweifel stehend, an die grosse Oeffentlichkeit gezerrt und der Kritik des Laienpublikums preisgegeben zu werden, meist zum grossen Schaden der Sache sowohl, als des Publikums, das, durch solche Voreiligkeit zu übertriebenen Erwartungen verleitet, bei Enttäuschung derselben anderseits leicht ebensoweit übers Ziel hinausschiesst und bedingungslos verurtheilt, was es vorher in den Himmel erhob.

Der Fortschritt wissenschaftlicher Arbeit ist naturgemäss ein langsamer, denn der Möglichkeiten einer Täuschung sind viele und unermüdlicher kritischer, sichtender Thätigkeit, fortwährender Nachprüfungen bedarf es, um ihren Ergebnissen den Werth wissenschaftlicher Thatsachen zu sichern: jede solche Arbeit aber muss aufs Schwerste geschädigt werden, wenn ihren Resultaten vorgegriffen wird. So sympathisch die wissenschaftliche und speciell die ärztliche Welt der Verbreitung richtiger Anschauungen über wissenschaftlich Feststehendes im grossen Publikum gegenübersteht, die nur geeignet sein kann, ein besseres Verständniss für ihre Intentionen zu vermitteln und ein bereitwilligeres Eingehen auf dieselben zu bewirken, so sehr muss sie ein solches vorzeitiges Verbreiten halber Wahrheiten und unfertiger, noch in der Luft schwebender Fragen verurtheilen als Fälschung dessen, was jedem ehrlichen Forscher am höchsten steht: den wissenschaftlichen Wahrheit.

Von diesen Erwägungen ausgehend hat die Ges. prakt. Aerzte zu Riga beschlossen, Sie. g. R., um Aufnahme obigen Protestes in Ihr geschätztes Blatt zu bitten. Sich dessen wohl bewusst, dass Proteste principieller Natur oft ohne praktischen Erfolg bleiben, rechnet sie in dieser Sache ebensowohl auf die Sympathie der anderen ärztlichen und wissenschaftlichen Vereinigungen des Reiches, von einer einheitlichen Stellungsnahme Aller eine Wendung zum Besseren erwarte, wie sie bereitwilliges Gehör zu finden hofft bei denjenigen Vertretern der Tagespresse, die sich der hohen Aufgabe der Presse, im Sinne wahrer Aufklärung zu wirken, bewusst sind.

Im Auftrage

Riga, Juni 1897. Dr. med. Hans Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Unter der Redaction von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. W. Ebstein in Göttingen und Dr. J. Schwalbe in Berlin, herausgegeben von W. Ebstein wird im Verlage von F. Enke (Stuttgart) ein Handbuch der practischen Medicin erscheinen, das sich die Aufgabe stellt, den gegenwärtigen Stand der inneren Medicin in einer den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepassten Form treu wiederzuspiegeln.

Zur Abhandlung gelangt nicht nur die Materie der inneren Medicin im engeren Sinne, sondern es werden auch die innigen Beziehungen der inneren Medicin zu den ihr verwandten Zweigen der Heilkunde, insbesondere zur Chirurgie, Ophthalmologie, Otiatrie, Pädiatrie an geeigneten Stellen eingehend berücksichtigt, und in gleicher Weise finden auch die Laryngologie, Psychiatrie, Haut- und venerischen Krankheiten, Zahnheilkunde, in einem für die ärztliche Praxis völlig genügenden Umfang seitens hervorragender Fachmänner ihre Bearbeitung. Bei der Darstellung jedes Krankheitskapitels wird im Princip eine gleichmässige Erschöpfung seines ganzen Inhalts erstrebt; Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose und besonders Therapie werden voll gewürdigt. Durch Abbildungen wird der Text erläutert. Jedem grossen Abschnitt, der in der Regel von einem einzigen Autor im Zusammenhang bearbeitet wird, ist eine kurze allgemeine Einleitung über Aetiologie, Symptomatologie etc. vorausgeschickt. Die Bearbeitung des Handbuches haben übernommen: Braun (Göttingen), Brieger (Berlin), Damsch (Göttingen), Dehio (Dorpat), Ebstein (Göttingen), Epstein (Prag), Eulenburg (Berlin), Fürbringer (Berlin), Jadassohn (Bern), Jolly (Berlin), König (Berlin), Kraus (Graz), Kümmell (Hamburg) Laache (Christiania), Lenhartz (Hamburg), v. Liebermeister (Tübingen), Marmé (Göttingen), Mendel (Berlin), Neisser (Breslau), Nicolaier (Göttingen), Obersteiner (Wien), Pel (Amsterdam), Pribram (Prag), Redlich (Wien), Reiche (Hamburg), Romberg (Leipzig), J. Rosenbach (Göttingen), Rosenstein (Leiden), Rumpf (Hamburg), Scheff (Wien), Schmidt-Rimpler (Göttingen), Schreiber (Königsberg), J. Schwalbe (Berlin), Steinbrügge (Giessen), Strübing (Greifswald), Unverricht (Magdeburg), Wassermann (Berlin), Ziehen (Jena). Der Umfang des Handbuchs wird 250 Druckbogen betragen, welche sich auf 3 Bände vertheilen. Die Ausgabe erfolgt in circa 20 Lieferungen à 4 M.; sie beginnt Anfang 1898 und endet voraussichtlich Anfang 1899.

— Am 2. Juni beging der Nestor der Jurjewer (Dorpater) Aerzte, Staatsrath Dr. Emanuel Jaesche in voller körperlicher und geistiger Frische sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 75. Lebensjahre steht, hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er auch im Juni 1847 zum Doctor medicinae promovirt wurde. Seine praktische Thätigkeit begann er als Militärarzt und nahm als solcher auch am Krimkriege theil, bereiste darauf 1857 das Ausland und fungirte von 1869—73 als älterer Arzt am Findelhause in Moskau. Im letztgenannten Jahre siedelte J. nach Dorpat über, wo er noch bis heute als Arzt auf seinem Specialgebiet, der Augenheilkunde, in welcher er höchst Anerkennenswerthes geleistet, mit Erfolg thätig ist.

— Der ausserordentliche Professor der Charkower Universität, Staatsrath Dr. Podres, ist zum ordentlichen Professor der chirurgischen Hospitalklinik ernannt worden. Ebenso ist der ausserordentliche Professor der Kasanschen Universität für operative Chirurgie, Staatsrath Dr. Rustizki zum ordentlichen Professor auf diesem Lehrstuhl befördert worden.

— Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsrath Dr. Kessler, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstjahre verabschiedet worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich die DDr. Georg Wlajew und Nikolai Kulbin mit Genehmigung der Conferenz der Academie als Privatdocenten für innere Krankheiten habilitirt.

— Verstorben: 1) In Morshansk der jüngere Arzt der 7. Cavallerie-Cadre-Escadron Kasimir Massalski-Kaschura im 39. Lebensjahre. 2) Am 29. Mai der langjährige Director der Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt (in Elsass), Sanitätsrath Dr. Carl Stark. Aufsehen erregte seine 1871 veröffentlichte Brochüre: die psychische Degeneration des französischen Volkes, ein irrenärztlicher Beitrag zur Völkerpsychologie». 3) In Bristol am 28. Mai der Professor der Chirurgie am dortigen University College, Dr. James Greig Smith.

— Der bekannte Zoologe Prof. Dr. phil. und med. Leuckart in Leipzig ist zum stimmfähigen Ritter des preussischen Ordens pour le mérite für Kunst und Wissenschaft ernannt worden.

— Zum Nachfolger des Professors Du Bois-Reymond's auf dem Lehrstuhl der Physiologie der Berliner Universität ist jetzt, wie von dort berichtet wird, der Utrechter Physiolog Prof. Engelmann ausersehen. Engelmann ist ein geborener Deutscher (Leipziger) und hat in Jena, Leipzig, Heidelberg und Göttingen Naturwissenschaft und Medicin studirt. Prof. Munk, der wohl das nächste Anrecht auf den erledigten Lehrstuhl hat, auffallender Weise aber übergangen ist, soll um seinen Abschied eingekommen sein.

— Im Lehrjahre 1896/97 ist von der militär-medicinischen Academie 105 Aerzten nach erfolgreicher öffentlicher Vertheidigung ihrer Dissertationen die medicinische Doctorwürde verliehen worden. Zwei Aerzte wurden wegen unbefriedigender Vertheidigung ihrer Dissertationen abgewiesen und drei Aerzte haben bis jetzt die Vertheidigung der von ihnen eingereichten Arbeiten zur Erlangung der Doctorwürde unterlassen. Der Grad eines Magisters der Pharmacie ist in dem Berichtsjahre 5 Personen verliehen worden.

— Bei dem hiesigen städtischen Kalinkinhospital wird eine hydrotherapeutische Abtheilung eingerichtet, zu welchem Zweck die Stadtverwaltung 6699 Rbl. angewiesen hat.

— Nachrichten, betreffend den bevorstehenden internationalen medicin. Congress in Moskau. Zu den schwierigsten Aufgaben des Organisationscomités des Moskauer Congresses gehört jedenfalls die Beschaffung eines geeigneten Locals für die drei allgemeinen Versammlungen der voraussichtlich mindestens 7000 Congressmitglieder. Wie verlautet, hat sich das Comité dahin entschieden, die erste allgemeine Versammlung im grossen Saale des Adelsklubs abzuhalten, während die beiden folgenden Versammlungen im Kaiserl. Grossen Theater stattfinden sollen. Im Adelssaale sollen auch die Sitzungen der beiden grössten Sectionen, der chirurgischen und der für interne Medicin abgehalten werden; für die Sitzungen der übrigen Sectionen sind die Auditorien der Universität und der Kliniken in Aussicht genommen. Nach dem Beispiel früherer internat. med. Congresse sollen in Gegenwart der Congresstheilnehmer Operationen vorgenommen werden und zwar nach dem System von Aerzten russischer chirurg. Schule; es ersucht daher Prof. Bobrow (Moskau) die russ. Aerzte, ihm geeignete Kranke (besonders interessante Krankheitsfälle), auch nach dem System der russischen Chirurgie Operirte und Geheilte in die chirurgische Klinik der Moskauer Universität auf höchstens 10 Tage zuzustellen. In dieser Klinik wird sich auch eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten russischer Erfindung befinden.

Was die Fahrkarten zur freien Hin- und Rückreise der Congressmitglieder auf der Eisenbahn anbetrifft, so sind von dem Eisenbahndepartement 7000 solcher Karten dem Executiv-Comité des Congresses zur Verfügung gestellt. Die Congressmitglieder, welche von diesen Fahrkarten Gebrauch machen wollen, müssen das Executiv-Comité davon benachrichtigen, von welcher Eisenbahnstation sie ihre Reise antreten wollen und welche Reiseroute sie nach Moskau wählen; ebenso muss der Rückweg aus Moskau (der nicht dieselbe Richtung einzuhalten braucht) und die Zeit der Rückkehr angegeben werden. Vom Comité erhalten die Congressmitglieder zugleich mit der Fahrkarte eine Bescheinigung über ihre Mitgliedschaft, welch der Eisenbahncontrole auf Verlangen vorzuweisen ist. Bei der Rückfahrt aus Moskau behält die Fahrkarte nur dann ihre Gültigkeit, wenn sie vom Executivcomité mit dem Vermerk versehen wird: «Vorzeiger hat am internat. Congress theilgenommen». Ausserdem muss die Fahrkarte bei der Hinfahrt in der Casse der Abfahrtsstation und ebenso bei der Rückkehr auf der Station «Moskau» abgestempelt werden. Obige Fahrkarten berechtigen zur Fahrt in der I. Wagenclasse und zur Mitnahme von 40 Pf. Freigepäck und bleiben für die Rückfahrt bis zum 10. October d. J. in Kraft. Zum Empfange und zur festlichen Bewirthung der Congressmitglieder hat die Moskauer Duma dem Stadtamt 35,000 Rbl. zur Verfügung gestellt. Diese Summe ist auf 7000 Personen, d. h. 5 Rbl. pro Person, berechnet. Die ursprüngliche Idee, zum Andenken an den Congress eine internationale Prämie im Betrage von 5000 Francs für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Hygiene seitens der Stadt Moskau zu stiften, hat man fallen lassen.

Zum Empfange der Damen, welche mit den Congressmitgliedern nach Moskau kommen, hat sich ein Damencomité unter dem Protectorat der Grossfürstin Jelissaweta Fedorowna und dem Vorsitz der Frau des Professors Sklifossowski gebildet. Dieses Comité, dem von Frau M. F. Morosow eine Spende von 1000 Rbl. zur Bestreitung der Ausgaben zugegangen ist, hat sich zur Aufgabe gestellt, den Damen der Congressmitglieder wo nur möglich behülflich zu sein und eine Ausstellung zu veranstalten, welche den Zweck erfüllt, die Ausländer mit der Thätigkeit der russischen Frau auf dem Gebiete der Erziehung, der professionellen Bildung, der Handarbeit u. s. w. bekannt zu machen. Um die erforderlichen Vorbereitungen treffen zu können, ersucht das Damencomité um möglichst baldige Anmeldung der Damen, welche die Congressmitglieder nach Moskau zu begleiten beabsichtigen, und zwar unter der Adresse des Generalsecretärs Prof. W. K. Roth.

— Sassnitz. Die Bade-Direction des Ostseebades Sassnitz versendet soeben einen recht übersichtlichen Führer, welcher den Besuchern dieses herrlich gelegenen Bades sicher

willkommen sein wird. Der Führer in kleiner handlicher Ausstattung enthält Orientirungskarten, Ansichten, Beschreibungen und ferner genaue Tarife über Eisenbahn und Dampfschifffahrten etc. etc. Das Buch giebt einen klaren Überblick über die Vorzüge und Naturschönheiten von Sassnitz, der auch vor einigen Jahren von Ihrer Majestät der Kaiserin als Sommeraufenthalt gewählt wurde, und wird auf Verlangen durch die Badedirection überallhin gratis versandt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Juni d. J. 7185 (65 mehr. als in d. Vorw.), darunter 472 Typhus — (45 mehr), 881 Syphilis — (6 mehr), 161 Scharlach — (5 mehr). 100 Diphtherie — (11 wen.), 142 Masern — (1 mehr) und 26 Pockenkranke — (0 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 1. bis 7. Juni 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
349	285	634	158	86	123	23	11	18	36	49	43	28	30	21	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 38, Scharlach 10, Diphtherie 40, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 3, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 51, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 98, Todtgeborene 25.

Pyrmont. Heilanzeigen: Zögernde Reconvalescenz, Blutarmuthszustände, Nervenleiden, Frauenkrankheiten, Scrophulose, Rhachitis, Rheumatismus, Gicht, chronische Herzkrankheiten, Magen- u. Darmkatarrhe, Nieren- u. Blasenleiden etc.

Wildbad. Seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen chronischen und acuten Rheumatismus und Gicht, Nerven- und Rückenmarksleiden, Folgen von Lähmungen aller Art, örtliche wie allgemeine, Ischias, Verletzungen, chronische Leiden, der Knochen und Gelenke, chronische Verdauungsstörungen Katarrhe der Luftwege, Harnbeschwerden, Frauenkrankheiten Erschöpfung der Kräfte etc.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Довв. ценз.Спб. 14 Іюня 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XIV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, (3. Juli) 21. Juni **1897**

Verstellbare Krücken mit Riemenschweben[1]).

Von

Dr. med. Otto Thilo in Riga.

Gewiss werden wohl viele Collegen die Beobachtung gemacht haben, dass es oft die grössten Schwierigkeiten bereitet einen Kranken zu veranlassen, sich Krücken anzuschaffen und Gehversuche mit ihnen anzustellen.

Kranke, welche nur einige Wochen oder Tage die Krücken benutzen sollen z. B. einige Rheumatische oder Nervenleidende führen stets an, es lohne sich nicht, für eine so kurze Zeit, Krücken anzuschaffen, sie würden schon auch ohne dieselben auf die Beine kommen.

Infolge dessen versäumen sie oft den Zeitpunkt, bis zu welchem es noch möglich gewesen wäre, das Gehen wieder zu erlernen und bleiben so ihr Lebelang bettlägerig.

Wieviele Kinder mit Kinderlähmungen, wieviele Hysterische und vor allem wieviele Rheumatische fallen nur deshalb sich und anderen durch Bettliegen zur Last, weil man sie bei ihren ersten Gehversuchen nicht ausreichend unterstützte und antrieb.

In der Sammlung klin. Vorträge von Volkmann 1897 habe ich es versucht darzulegen, wie solche Gehübungen anzustellen seien. Hier will ich nur eine Art von Krücken beschreiben, welche es mir im hohen Grade erleichterte, bettlägerige Kranke zum Gehen zu veranlassen. Diese Krücken kann man für jede Körperlänge schnell einstellen. Ich halte von ihnen immer einige vorräthig. Wünsche ich nun einen Kranken zum Gehen zu veranlassen, so übergebe ich ihm persönlich die Krücken leihweise und leite persönlich seine ersten Gehversuche. Hat sich der Kranke an das Gehen mit Krücken gewöhnt, so trennt er sich häufig ungern von ihnen, obgleich er oft schon längst ohne dieselben gehen könnte. In solchen Fällen nehme ich ihm unbarmherzig meine geliehenen Krücken ab, da ich sie für andere Kranke brauche und er sich ja selbst welche anschaffen kann.

[1]) Käuflich bei E. Lenz. Berlin, Birkenstr., C. Malm. Petersburg. Alexejew. Riga, Gr. Sandstr.

Die Herstellung meiner Krücken ist eine sehr einfache und billige. Man setzt sie nach der beistehenden Zeichnung aus zwei flachen Holzstäben (Breite 3 Cent. Dicke 1 Cent.) zusammen. Bei C und B werden diese beiden flachen Holzstäbe durch zwei Rundstäbe CF und AB mit einander verbunden. Die Stäbe sind der Länge nach durchbohrt so dass man einen Eisendraht von etwa 3 Millim. Dicke durch dieselben schieben kann. Auf die Enden der Eisenstäbe legt man Kupferscheiben und vernietet dann. Die Kupferscheiben haben vor Eisenscheiben den Vorzug, dass sie die Lösung der Nieten erleichtern. Statt der Drahtstäbe Holzschrauben zu verwenden ist nicht rathsam, da die Holzschrauben im Langholz der Rundstäbe schlecht haften.

Fig. 1.

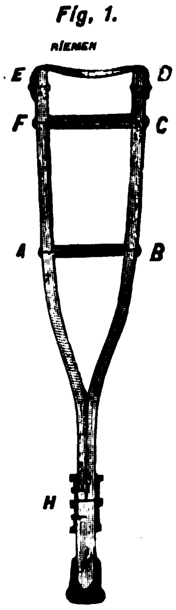
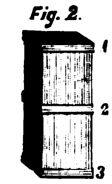


Fig. 2.



Blechhülse zum Verstellen.

Der Abstand CD des Rundstabes CF vom oberen Ende der Krücke ist 15 Centimeter lang zu nehmen. Der Abstand CB etwa 30 Cent. Die Punkte D und E verbinde ich durch einen Riemen mit einander (am besten amerik. Rohleder oder schwarzes russisches Siromätleder.)

Der Riemen bildet eine Schwebe, welche sich sehr genau den Formen der Axelhöhle anpasst und so besser als ein Polster den Druck vermindert. Bekanntlich wird ja jetzt als Sitz der Velocipede nicht mehr ein Polster angewandt, sondern ein breiter Riemen, der nach Art einer Hängematte ausgespannt ist. Ausserdem federn auch noch die oberen Enden (CD und EF) und tragen so sehr bedeutend dazu bei, den Druck in der Axelhöhle zu vermindern.

Für Personen, die schon längere Zeit hindurch Krücken benutzt haben, und abgehärtete Axelhöhlen besitzen, sind weiche Auflagen auf den Riemen nicht erforderlich, für empfindliche Anfänger dagegen kann man den Riemen mit einer doppelten Filzlage, decken und mit dünnem Leder überziehen.

Das Verstellen der Krücken wird durch die Hülse (H) am unteren Ende der Krücke bewerkstelligt. Diese Hülse H ist aus 12 Centm. lang starkem Weissblech gefertigt und mit drei Streifen Weissblech Fig. 1 (1, 2. 3) von 0.5 Centm. Breite oben in der Mitte und unten umschlossen. Die Hülse wird auf das untere Ende der Krücke so geschoben, dass sie nur mit ihrer oberen Hälfte die Krücke umschliesst. In ihre untere Hälfte schiebt man den Verlängerungsstab, den man von einem vorräthig gehaltenen langen vierkantigen Holzstabe sägen lässt und mit einem Gummipuffer unten versieht (Fig 1 und 2).

Das Verlängerungsstück befestige man mit einer Holzschraube.

Obgleich man diesem Verlängerungsstück eine beliebige Länge geben kann, so empfiehlt es sich doch in drei Grössen Krücken vorräthig zu halten; eine Grösse für Kinder, eine für mittelgrosse Personen, eine für besonders lange und schwere Kranke, (70 Centm., 90 Centm., 120 Centm.).

Mit diesen Grössen wird man wohl meist in Krankenhäusern auskommen. Für diese sind ja stellbare Krücken jedenfalls ein Bedürfniss, da sich in ihnen mit der Zeit eine Menge von Krücken aufsammeln, welche eigentlich keinem Kranken passen.

Auch für im Wachsthum begriffene Kinder sind stellbare Krücken ganz unentbehrlich, falls man ihnen nicht alle halbe Jahre neue Krücken anschafft.

Ueberhaupt muss ich hier zum Schluss darauf hinweisen, dass viel mehr Kranke Krücken benutzen sollten, als es im Allgemeinen geschieht.

Wieviele unglückliche Gestalten sieht man auf den Strassen mit beiden Händen auf einen kurzen Stab gestützt mühsam dahinhumpeln, die auf Krücken viel besser gehen würden! Auch bei vielen Gelenkerkrankungen der unteren Gliedmassen sind die jetzt so sehr gebräuchlichen Stützvorrichtungen garnicht zu empfehlen.

König[2]) hat gewiss mit Recht darauf hingewiesen, dass sie nur sehr unvollkommen die Gelenke entlasten.

Viel besser und billiger erreicht man das Ausheilen der Gelenke, wenn man sie mit Pappeschiene feststellt, erst eine Zeitlang zu Bett liegen lässt, dann unter den gesunden Fuss eine hohe Sohle legt und den Kranken auf Krücken gehen lässt.

Ich sah im Elisabeth-Hospital zu Petersburg bei Dr. E. Anders dieses Verfahren im grossartigsten Massstabe mit dem besten Erfolge angewandt.

Selbstverständlich sind die Schienen sobald als irgend möglich zu entfernen, damit active und passive Bewegungen vorgenommen werden können.

Einfache Vorrichtungen für passive Bewegungen legte ich auf der 67. Aerzteversammlung zu Lübeck vor. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1895).

Auch in der Sammlung klinischer Vorträge von Volckmann 1897 habe ich eine grössere Reihe von Uebungsvorrichtungen beschrieben.

Ueber die Anwendung orthopaedischer Stützapparate bei Tabes dorsalis.

Von

Dr. F. Grebner-Cannes.

In der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1889 — Nr 40. hat Prof. Th. v. Jürgenson der Anwendung der Hessing'schen Corsets bei Tabes dorsalis das Wort geredet. Im Gegensatz zu der von Prof. Moschutkowsky und dessen zahlreichen Nachfolgern eingeführten Suspension soll mit dem orthopaedischen Corset eine dauernde Dehnung der Wirbelsäule und damit eine Besserung der Circulationsverhältnisse im afficirten Rückenmark, eine Linderung der Blasen- und Darmbeschwerden, der lancinirenden Schmerzen, ja selbst eine Besserung des atactischen Ganges erreicht werden.

Die nach Hessings System angefertigten Corsets sind gewiss in technischer Beziehung unübertroffen und leisten Vorzügliches bei Deformationen der Wirbelsäule, insbesondere bei Spondylitis. Sie gestatten durch die Fixirung der stützenden Schienen in veränderlicher Höhe dem Wachsthume des Patienten Rechnung zu tragen und auf die Verkrümmung bis zu einem gewissen Grade corrigirend einzuwirken und unterscheiden sich darin vortheilhaft von den anderen Corsets, die nur ein mehr, weniger getreues Abbild des Thorax zur Zeit der Anfertigung des Apparats bieten. Bei der Tabes kann die Immobilisirung und theilweise Entlastung und Dehnung der Wirbelsäule neben der immerhin problematischen Einwirkung auf die Circulationsverhältnisse dem Kranken wohl insofern Erleichterung schaffen, dass sie ihm, — besonders bei ausgesprochener Ataxie des Rumpfes — das Innehalten der Gleichgewichtslage im Gehen und Sitzen, bei Bewegungen mit den Armen und dem Oberkörper erleichtert. Aber das Corset erschwert andererseits unzweifelhaft die Controle der Bewegungen der Füsse mit den Augen, es beschleunigt und erhöht die Erschlaffung der Bänder des Kniegelenks, zu welcher Tabetische mit ihrem herabgesetzten Muskeltonus ohnehin bekanntlich incliniren.

Normalerweise wird die physiologische Krümmung der Brustwirbelsäule, bei Neigung des Oberkörpers nach vorn verstärkt um die Füsse beim Gehen im Auge behalten zu können. An der Bewegung nach vorn nimmt dann die Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule den grössten Antheil.

Der im orthopädischen Corset steckende Tabetiker, dessen Wirbelsäule bis hinauf zum Cervicaltheil fast vollständig immobilirt ist, muss, um seine Füsse beim Gehen beobachten zu können, das Becken stark nach hinten bringen die Knie übermässig strecken. Im Hüftgelenk wird die Spitze des nach vorn offenen Winkels liegen, den der nach vorn gebeugte steife Oberkörper mit den unteren Extremitäten bildet. Bei der Neigung, den Tabetiker mit ihrem labilen Gleichgewicht haben, alle Bewegungen excessiv auszuführen wird auch diese abnorme Köperstellung bei der Controle der Füsse excessiv ausgeführt. Die Folge ist Erschwerung der Pendelbewegung der unteren Extremitäten im Hüftgelenk beim Gehen und Ueberdehnung der Bänder der Kniegelenke durch Hyperextension dieser Gelenke beim Stehen und Gehen. Unsicherheit und Schwäche beim Gehen, die für den Allgemeinzustand ungleich schwerer ins Gewicht fallen, als die genannten Vortheile die das Corset bietet.

Wenn ich daher Dr. Frenkel (Heiden) unbedingt beistimme, der die Anwendung des Corsets bei Tabetischen verwirft, so kann ich die Anwendung von Schienenapparaten für die unteren Extremitäten dringend in denjenigen Fällen empfehlen, in welchen noch nicht die bei der Tabes vorkommenden Zerstörungen der Gelenkenden stattgefunden haben, sondern in denen die Bänderapparate des Kniegelenks bei herabgesetztem Muskeltonus ihre normale Elasticität unwiderbringlich eingebüsst haben. In solchen — durchaus nicht seltenen Fällen, können die von Hessing bei Contracturen des Kniegelenks, bei Klumpfuss etc. empfohlenen Apparate mit einigen Modificationen Anwendung finden. Sie hindern dann die abnormen seitlichen Bewegungen des Knie- und Sprung-

[2]) König. Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. Berlin. 1896. Aug. Hirschwald.

gelenks und beschränken die Extension des Kniegelenks.

Folgende Krankengeschichte dürfte geeignet sein, das Gesagte zu illustriren:

Br. P—l, 41 Jahr alt, unverheirathet, hat 1875 Syphilis acquirirt (harten Chanker, später Schmierkur) und seit 1888 manifeste Tabes, mit seitdem allmählich sich entwickelnder Ataxie. Zwei Jahre vorher (1886—1888) waren praeatactische Symptome (lancinirende Schmerzen, localis Anaesthesie) beobachtet worden. Im März 1895 zog sich Pat. eine Distorsion des linken Sprunggelenks zu, wonach ein sechs Wochen langes Krankenlager die Ataxie der unteren Extremitäten, besonders des bis dahin besseren linken Beines zu fast völliger Funktionsunfähigkeit steigerte. Seitdem konnte Patient nur kurze Strecken auf den Arm des Dieners gestützt, gehen. Nach vielfachen Curen in Oeynhausen, Wiesbaden etc. liess Patient sich in Göggingen von Hessing ein Corset anfertigen, lebte monatelang in der Anstalt dieses Orthopäden, ohne nennenswerthe Besserung zu spüren und kam im Sommer 1896 nach Heiden. Aus dem bei seiner Ankunft von Dr. Frenkel und mir aufgenommenen Status entnehme ich Folgendes: Kräftig gebauter Mann, Ernährungszustand ziemlich gut erhalten. Verdauungsorgane, Herz und Gefässe normal. Nervensystem: Hautempfindung auf Fingerberührung an den unteren Extremitäten bis zur Leistenbeuge ganz erloschen, von da bis zur Nabelgegend stark herabgesetzt, desgleichen ein auf Fingerberührung anaesthetischer breiter Gürtel, der den Thorax umschliesst und hinauf bis zur Intraclaviculargegend in eine Zone mit herabgesetzter Sensibilität übergeht. An den Fingern, am Ulnarrand des Vorder- und Oberarms ist die Sensibilität auf Berührung und Druck gleichfalls herabgesetzt und zwar rechts mehr als links. Die Bewegungsempfindungen (Sensibilität der Gelenke) werden an den unteren Extremitäten und an den Gelenken der Finger wohl percipirt, aber Richtung und Stärke der Bewegung nicht angegeben, betreffs der Handgelenke wurden nur vage Angaben gemacht. Treffen einer Kniescheibe mit dem Hacken der andern Extremität, Gleiten mit dem Hacken auf der Crista tibiae des anderen Beins, und ähnliche Praecisionsbewegungen in liegender Lage zeigen hochgradige statische Ataxie. Die Drehung des Oberschenkels im Hüftgelenk nach aussen bei gebeugtem Knie geht rechts saccadirt und kraftlos vor sich. Hypotonie der Oberschenkelmuskulatur, Ataxie der Finger, besonders der rechten Hand. Stichempfindung der Haut ist in der Abdominalgegend übernormal, desgl. Empfindung auf Kältereize in der oberen Bauch- und Brustgegend. Die Patellarsehnenreflexe, die Plantarreflexe, die Hand und Ellenbogenreflexe sind erloschen, von den Bauchreflexen ist nur zuweilen der rechte obere und mittlere linke auszulösen, Cremasterreflexe abgeschwächt erhalten. Stehen bei geschlossenen Augen ist gar nicht, bei offenen nur mit Unterstützung des Dieners und Benutzung eines Stockes möglich; Patient stützt sich beim Gehen schwer auf den Arm des Dieners und auf den Stock und macht sehr starke Schleuderbewegungen, ermüdet leicht schon nach c. 50 Schritten und knickt häufig zusammen. Die Kniegelenke sind beim Stehen hyperextendirt. Aufstehen und Setzen geht nicht ohne fremde Hülfe und mit intensiv atactischen Bewegungen von Statten. Am linken Sprunggelenk ist ein leichtes Oedem nachgeblieben, auch ist die Plantarflexion in ihrer Excursionsweite herabgesetzt[1]).

Das Corset wurde entfernt und Patient begann methodische Uebungen (Aufstehen, Sichsetzen, Gehversuche, gymnastische Uebungen im Bett) Massage. Allmählich gewöhnt Pat. sich daran, ohne Hülfe und ohne Schleuder- und Rückbewegungen sich zu setzen und aufzurichten, und beim Gehen, durch einen Thoraxgurt beiderseits unterstützt, die Körperlast wieder vollauf auf den Beinen ruhen zu lassen und ohne Schleuderbewegungen zu gehen und beim Schluss der Cur in Heiden, im September konnte Patient im Saale auf und abgehen mit Benutzung des Stockes während der Diener nur nebenherging, um beim Schwanken und Einknicken zur Hand zu sein. Die Schleuderbewegungen waren bedeutend gebessert; im linken Bein ist beim Auftreten eine durch starke Relaxation der Bänder des Knies erklärliche Bewegung in diesem Gelenke nach Aussen neben der Hyperextension bemerklich, ausserdem kippt das linke Sprunggelenk zuweilen nach aussen, und der Fuss dreht sich bei vollem Anftreten nach innen. Um diese mehr mit der Relaxation der Bänder als mit der tabetischen Anaesthesie zusammenhängende Funktionsstörung zu beseitigen, schlug ich dem Patienten die Application eines Schienenapparates vor, der das linke Bein bis hinauf zum Oberschenkel umschliessen, und beim Knie- und Sprunggelenk mit Scharniren versehen sein sollte.

Der Apparat wurde dem Patienten in den letzten Tagen seines Aufenthalts in Heiden von dem Orthopäden Weber aus Zürich angefertigt. Pat. reiste aus Heiden nach Oberitalien und nach 4 wöchentlichem Aufenthalt am Gardasee traf Pat. in Cannes ein um unter meiner Leitung die Cur fortzusetzen. Gleich beim Beginn derselben war ich erstaunt über die bedeutende Besserung, die in der Gehart des Patienten eingetreten war.

Eine Ruhepause nach mehrwöchentlicher regelmässiger Uebungszeit lässt erfahrungsgemäss häufig eine weitere Besserung der Ataxie beobachten, hier war jedoch unzweifelhaft der Löwenantheil des erreichten Fortschritts der Sicherheit zuzuschreiben, welche die Schiene dem Bein bot. Die Hyperextension wurde durch eine einfache Hemmvorrichtung beseitigt, die Seitenschienen liessen die abnorme Bewegung nach aussen nicht mehr zu, das Scharnier am Sprunggelenk regulirte die Stellung der Ferse. Patient ging im Uebungssaal ohne Stock und ohne Diener mehrmals auf und ab, die Bewegungen der Beine waren natürlich langsam und hatten etwas steiftastendes, und die Hacken wurden, wie bei allen Tabetischen, vor der Sohle auf den Boden gesetzt, die schleudernden Bewegungen waren jedoch vollkommen geschwunden und die Sicherheit, die Patient fühlte, war so prononcirt, dass er nicht einen Schritt mehr ohne den Apparat machen wollte.

Den Winter über wurden mit grosser Ausdauer die Uebungen fortgesetzt und schliesslich konnte Patient auch im Freien, ohne Diener, nur auf den Stock gestützt $^1/_4$ Stunde promeniren, mehrmals täglich, trotzdem häufige Schmerzanfälle, theils durch den ungewöhnlich regenreichen Winter bedingt, Unterbrechungen nöthig machten. Die Sicherheit, welche der Apparat gewährte, war so gross dass Patient auf Anfertigung eines ähnlichen Apparates für die andere Extremität bestand, obgleich hier keine Indication für denselben vorlag. Ich gab dem Drängen des Patienten nach und liess schliesslich die Schiene für das rechte Bein (nur für das Kniegelenk) machen, doch brachte die Anwendung derselben, wie zu erwarten war, keine weitere Besserung. Pat. hat im April Cannes verlassen und befindet sich seine Gehfähigkeit, wie er mir mittheilt, seitdem auf derselben Höhe.

In diesem Falle bot die längere Zeit consequent durchgeführte, von H. Frenkel ausgebildete sog. psychische Gymnastik schöne und dauernde Resultate; auf die hier nicht näher eingegangen werden kann; doch insbesondere zeigt der Fall, wie einige andere, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, dass mechanische Stützapparate bei

[1]) In liegender Lage lässt sich der Unterschenkel links etwas abduciren und sehr hochgradig hyperextendiren. Rechts ist diese abnorme Abduction gar nicht, die Hyperextension weniger ausführbar.

der Ataxie der Tabes, da, wo sie relaxirte Gelenkbänder functionell ergänzen sollen, viel nützen können.

Es ist dabei nicht zu leugnen, dass die Anwendung von Stützapparaten gerade bei der Tabes, gewisse Gefahren birgt: Die Praecision der Innervation nicht in Uebung gehaltener Muskelgruppen geht, wie wir wissen, gerade bei dieser Krankheit verloren; das beweist ja auch der mitgetheilte Fall, in dem die Ataxie der Beine sich nach kurzem Krankenlager rapid entwickelte. Auch in diesem Sinne muss das längere Tragen des Corsets schaden. Den das Gleichgewicht des Körpers, die aufrechte Haltung des Oberkörpers besorgenden Muskelgruppen wird ihre Arbeit theilweise abgenommen und damit die Ataxie des Rumpfes befördert.

Referate.

P. Hampeln: Ueber den Auswurf bei Lungencarcinom. Sonderabdruck aus der Zeitschrift für klinische Medicin. 32. Bd. H. 3 u. 4.

Mit dem Vorurtheil von der allzugrossen Seltenheit und Undiagnosticirbarkeit des Lungencarcinoms muss nach den Ausführungen des Verf. gebrochen werden. Die metastatische Krebsgeschwulst der Lungen in Form einzelner Herde ist schwerer festzustellen als der primäre Lungenkrebs. Bei diesem finden wir: 1) einseitige Verdichtungserscheinungen der Lungen, welche sowohl zur Ausdehnung des Thorax, als auch eventuell zur Retraction führen, 2) Reizerscheinungen der Pleura mit Bildung fibrinöser, seröser, hämorrhagischer, eitriger und jauchiger Exsudate 3) Erscheinungen eines auf benachbarte Organe (Nerven, Venen) ausgeübten Druckes, 4) progressive, cachectische Allgemeinerscheinungen. Eine Lungenverdichtung progressiven Charakters mit dem Zeichen eines gewöhnlich nur mässigen Katarrhs, bei geringer Secretbildung in den Bronchien der Lungen erregt zwar den Verdacht eines Lungencarcinoms, ist aber ohne Untersuchung des Auswurfs noch nicht genügend um die Diagnose festzustellen. Besonders ausschlaggebend ist letztere, falls keine profuse Secretion oder Fieberbewegungen vorhanden sind. Der blutige Auswurf ist ein meist rasch vorübergehender, geringfügiger, leicht zu übersehender; selten ein monatelang dauernder, noch seltener ein abundanter. Der Auswurf ist zähe. Ausgehend von der Thatsache, dass die normalen, in der Form unveränderten, nicht pigmentirten polygonalen Epithelzellen der tieferen Epithelschicht der Trachea und der Bronchien sich fast nie im Sputum gesunder oder sonstiger Kranken finden lassen, wohl aber eine Reihe anderer Formen, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass diese Polygonalzellen verschiedener Grösse, mit deutlicher Kerncontur und deutlichem Nucleolus, in Haufen liegend oder getrennt, einen grossen Verdacht auf eine sie producirende Neubildung erregen müssen. Diese Zellen finden sich nicht immer, sondern vorherrschend an einzelnen Tagen. Ihr «inniges Verbundensein» unter einander, fällt im Gegensatz zum «blossen Zusammenliegen» bei anderen Krankheiten auf.

Verf. hat 9 Fälle von Lungencarcinom beobachtet.

Eine beigefügte Tafel reproducirt die microskopischen Bilder.

Kallmeyer.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Gregorovius: Homöopathie, thierischer Magnetismus, Naturheilverfahren. Was haben wir davon zu halten? Dresden, Verlag von C. O. Lehmann. 1897.

Die kleine für Laien geschriebene Broschüre sucht in allgemein verständlicher Weise den Unsinn und den Betrug der im Titel bezeichneten sogenannten «Heilmethoden» nachzuweisen. Die Absicht ist gewiss zu loben, wir halten es aber für eine Sisyphusarbeit auf diesem Wege der Leichtgläubigkeit und dem Aberglauben der Massen entgegenzutreten. Der mundus decipi volens leidet nicht Mangel an Erfahrung, diesem könnte durch belehrende Schriften in der Art der vorliegenden abgeholfen werden. Es handelt sich vielmehr um einen intellectuellen Defect, der es möglich macht, dass auch sog. gebildete Menschen, Generale, Gelehrte etc. in praxi den absurden Satz befolgen: je weniger ein Mensch sich mit einem Gegenstand befasst, um so besser kennt er ihn. Daher der Schäfer- und Priesterglaube auf dem Gebiet der praktischen Heilkunde. Daher auch die Schwierigkeit, Abhülfe zu schaffen. Lücken im Wissen lassen sich leicht füllen durch Specialabhandlungen, die Denkfähigkeit und die Urtheilskraft kann aber nur durch systematische Erziehung entwickelt werden. Der bekannte Reim auf Publikum wird daher noch sehr lange seine Berechtigung behalten. W.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung 13. März 1896.

Dr. Hartge hält den von ihm für den Abend angekündigten Vortrag: «Ueber Arteriosclerose» (der Vortragende behält es sich vor, denselben in extenso im Druck erscheinen zu lassen und nimmt daher von einem Referat im Protokoll Abstand). An den Vortrag knüpfte sich eine andauernd lebhafte Discussion:

Dr. Zoege macht darauf aufmerksam, dass die vom Vortragenden erwähnte Massagebehandlung eine besondere Beachtung verdiene. Redner sei früher Gegner der localen Massage gewesen, habe sich aber bei Gelegenheit der Herzmassage überzeugt, wie genau die Massage neuerdings dosirt werden könne. Er habe sie auch peripher in letzter Zeit wiederholt mit zum Theil glänzendem Erfolge angewandt. Es könne somit die Massagebehandlung sehr wohl für den weniger Bemittelten einen Ersatz bilden für Terraincuren und Bergtouren — ja die Massage gestatte eine viel genauere Dosirung, eine willkürliche Nüancirung je nach dem Stande der Dinge. Redner sei mit dem Vortragenden durchaus einverstanden, stets mit Vorsicht alle das Herz beeinflussenden Kuren zu unternehmen und führt zwei Beispiele an.

Prof. Dehio: Man kann vielleicht unterscheiden zwischen der mehr diffus im gesammten Gefässsystem auftretenden Sclerose, welche sich mit Vorliebe in den feineren und feinsten Gefässzweigen des gesammten Körpers entwickelt und der mehr localisirten Sclerose der grösseren Arterien, welche besonders in den unteren Extremitäten sich localisirt. Die erstere Form führt vorzugsweise zur Hypertrophie und Dilatation des Herzens. In diesen Fällen lässt sich therapeutisch mehr erreichen durch solche Massnahmen, die die Widerstände in den peripheren Gefässen herabsetzen (Körperruhe, Milchdiät, Vermeidung der Alcoholica, Jodkali), als durch solche Eingriffe, welche direct darauf ausgehen, das insufficiente Herz zu stärken. Die mechanische Behandlung der Herzinsufficienz durch Bade- und Terrainkuren, Widerstandsgymnastik und Massage hat natürlich auch ihre Berechtigung und zwar speciell dann, wenn das Herz noch nicht durch Hypertrophie die Kraft erlangt hat, um die vergrösserten Widerstände des Arteriensystems vollkommen zu überwinden. Ist aber die Arteriosclerose in die späteren Stadien eingetreten, wo trotz maximaler Hypertrophie des Herzens Stauungen und Oedeme, kurzum die Symptome der Herzinsufficienz vorhanden sind, dann dürften die auf Herabsetzung des Widerstandes im Gefässsystem gerichteten Behandlungsmethoden bessere Resultate erreichen.

Dr. Hartge ist mit Zoege durchaus einer Ansicht, alle Massnahme der Therapie können aber in einem Vortrage nicht bis in's Detail verfolgt werden, sondern nur angedeutet werden. Ihm ist es sehr wohl bekannt, dass bei localer Arteriosclerose der unteren Extremitäten gute Erfolge von geschickten und vorsichtigen Massagekuren erzielt werden, indem man das kranke Gefässrohr vermeidet und nur die Umgebung bearbeitet, um die Bildung von Collateralen zu begünstigen. Auch beruhe die Nauheimer Behandlungsmethode genau auf denselben Principien.

Dr. Zoege: Eben wegen der von Prof. Dehio erwähnten Gründe sei die Massage besonders zu betonen, man könne hier eben Ruhe mit Uebung verbinden, den Patienten in's Bett legen und massiren.

Dr. Lunz möchte hervorheben, dass die Fälle, wo bei hoher Senescenz Arteriosclerose abwesend ist, viel geringer sind, als diejenigen, wo im jugendlichen Alter Arteriosclerose ausgebildet ist; fernerhin glaube er nicht, dass die Arteriosclerose bei Frauen seltener ist, als bei Männern; im Gegentheil soll die Arteriosclerose bei Frauen häufiger vorkommen als bei Männern; was endlich die Erkrankung der kleineren und kleinsten Gefässe betrifft, so möchte ich hervorheben, dass wir nur diejenigen Erkrankungen der kleinen Gefässe zu der Arteriosclerose hinzuzählen können, die als Sclerose der Organarterien auftreten, welche Sclerose Thoma veranlasste, die Gruppe der secundären Arteriosclerose aufzustellen, also die Sclerose der Arterien bei der genuinen Schrumpfniere, vielleicht diejenige bei der Lebercirrhose, bei der Pachymeningitis haemorrhagica interna. Die Erkrankung der feinsten Gefässe, welche gewöhnlich mit einer irregulären Bindegewebswucherung der Organe verbunden ist, die möchte er nicht zu der Arteriosclerose hinzuzählen, sondern als eine syphilitische Erkrankung bezeichnen, wo wir gerade diese irreguläre Bindegewebsneubildung vorzufinden pflegen.

Dr. Truhart: Die perniciösen Folgeerscheinungen der Arteriosclerose — meist mit letalem Ausgang verknüpft — machen ein frühzeitiges, prophylactisch-therapeutisches Eingreifen dem Arzte zur Pflicht. Es erscheine daher von wesentlich practischer Bedeutung das Schwergewicht auf das Auftreten der ersten Initialsymptome dieses Krankheitsprocesses zu legen, um so frühzeitig wie möglich die soeben eingehend besprochenen und zweifellos relativen Erfolg versprechenden therapeutischen Massnahmen zu ergreifen. Diese Frühsymptome seien ja freilich entsprechend den geringfügigen, pathologisch-anatomischen Veränderungen, die die diffuse Arteriosclerose — nur von dieser wolle Redner im Augenblick sprechen — in ihren Initialstadien bietet, naturgemäss nur wenig in's Auge fallend und nicht so palpablen Characters, wie diejenigen des Spätstadiums, bei welchem die Gefässwandungen schon die typischen regressiven Ernährungsstörungen, Verhärtung, Verkalkung etc. aufweisen. Sind nun aber auch die einzelnen symptomatischen Erscheinungen, welche der arteriosclerotische Process in seinem Anfange bietet und der sich zunächst auf Erweichung und Dehnung der Tunica media (muscularis) des Gefässrohrs beschränkt, als solche nicht sehr markant, so giebt doch das Zusammenfassen der Einzelerscheinungen manchen Wink dem Arzt an die Hand. Vor allem sind es drei Symptome, die uns auf eine schon begonnene Elasticitätsverminderung, auf eine schon stattgehabte Erweiterung der Gefässwandungen hinweisen.

Erstens die leichtere Zerreisslichkeit der kleineren arteriellen Gefässchen, die sich als leicht übersehbare Hämorrhagien, sei es als Epistaxis, sei es als Haemoptoe (ohne tiefgreifende Störungen der Respirationsorgane), sei es als Ecchymosen z. B. in der Conjunctiva bulbi zu erkennen geben.

Zweitens: Der Schmerz, welcher durch den Druck erweiterter Gefässe auf benachbart gelegene Nerven zu Stande kommt (casuistisch wird ein entsprechender Krankheitsfall angeführt).

Drittens endlich die mit dem Augenspiegel schon frühzeitig direct erkennbare Erweiterung und Schlängelung der Netzhautarterien und der an diesen schon in dem Initialstadium der Arteriosclerose sich bemerkbar machende Arterienpuls.

Die Gesammtheit dieser 3 Symptome berechtigt schon frühzeitig, wo palpable Störungen an den Gefässen noch nicht vorhanden, die Diagnose auf beginnende Arteriosclerose zu stellen und giebt einem die Richtschnur zum therapeutischen Handeln.

Dr. Hartge erkennt die Initialsymptome Truharts nur zum Theil als solche an. Neuralgien wohl, die melden sich unter Umständen sehr früh.

Der Raehlmann'sche Retinalpuls und die kleinen Hämorrhagieen dagegen seien seiner Ansicht nach nicht mehr Frühsymptome; bei solchen Symptomen unterliege die Diagnose schon gar keinem Zweifel. Ein Symptom, welches ausserordentlich früh auftritt, oft schon Jahrzehnte vor den obengenannten, beruhe in der Klage von sonst ganz gesunden Personen, «man fühle sein Herz». Diese Klage bezieht Redner auf schon beginnende Arteriosclerose (Vermehrung der Widerstände im Gefässsystem und gelegentliche stärkere Herzarbeit). Dieses Symptom tritt oft und vorübergehend auf, hat mit Hypochondrie in der Regel nichts zu thun. In diesem Frühstadium liegt vor uns ein ungemein dankbares Feld der Therapie; dieses Frühstadium wird leider nur zu wenig berücksichtigt.

Dr. Gurwitsch hält einen Vortrag über «Balantidium coli». Das Balantidium oder Paramaecium coli gehört zu der Gruppe der Protozoen, ist ein Infusorium (Ordnung ciliati, Unterordnung Heterotricha, Familie Bursariidae). Es hat einen längsovalen Körper, der mit einem feinen Cilienmantel bedeckt ist. An dem einen Ende liegt der Mund, um den ein Kranz viel längerer Cilien vorhanden ist, am entgegengesetzten Ende befindet sich der After. Die Länge des Thierchens beträgt 0,08—0,2 mm., seine Breite 0,7—0,09 mm. Es bewegt sich lebhaft in der umgebenden Masse mittelst seiner Cilien, macht allerlei rotatorische Bewegungen um seine Längen- wie seine Quer-Achse. Das Thierchen lebt im Dickdarm des Menschen, ein ganz ähnlich aussehender Parasit wurde auch im Dickdarm des Schweines beobachtet.

Soweit ich mich in der Literatur umsehen konnte, sind bis jetzt 34 Fälle veröffentlicht worden und zwar.

in Schweden (Stockholm, Upsala)	15
» Deutschland	2
» Oberitalien (Turin)	1
auf den Sundainseln	1
in Cochinchina	6
» d. vereinigten Staaten von Nordamerika	2
in Russland (und zwar in Dorpat 2) im Ganzen	7
	34

Aus den veröffentlichten Fällen ersehen wir, dass als zur Erkrankung praedisponirende Momente erhoben werden müssen 1) Das Arbeiten in Metzgereien und Schweinezuchtanstalten und 2) vorhergehende Darmerkrankungen. Was den ersten Punkt anbetrifft, so zeigt uns der von Wising aus Stockholm im Jahre 1871 veröffentlichte Fall, dass es sich um einen Mann handelte, der im Spätsommer 1869 bei einem Metzger in Kost und Logis kam, d. h. sich von den Schlachtabfällen nährte und in einem Winkel im Stall wohnte. Bald darauf erkrankte er an Durchfällen, im Stuhl wurden Balantidien constatirt, desgleichen waren die von demselben Metzger bezogenen Schweinedärme reichlich mit Balantidien behaftet.

Die Dauer der Krankheit ist ganz verschieden, es sind Fälle bekannt, wo dieselbe bis zu 20 Jahren dauerte. Als hauptsächlichstes Symptom wird Diarrhoe genannt; dann wurde auch mehrmals Blut im Stuhl beobachtet. Malmsten beobachtete Geschwüre in der Dickdarmschleimhaut; im Eiter der Geschwüre fanden sich Parasiten vor. Wie ein von Malmsten veröffentlichter Fall zeigt überschreitet das Balantidium nicht die Valvula Bauhini des menschlichen Dickdarms.

Therapeutisch wurden allerlei Mineralsäuren und Antiseptica gebraucht, als wirksamstes Mittel hat sich Chinin erwiesen und zwar in Form von Eingiessungen einer Chininlösung von 0,5—1,0 auf 1000,0 Wasser.

In dem von mir beobachteten Falle handelte es sich um einen 60 Jahr alten Tagelöhner, der seit seinem 45 Jahre an Botriocephalus leidet. Vor 15 Jahren wurde ihm ein Mal der Bandwurm abgetrieben; seit der Zeit fühlte er sich wohl, nur hin und wieder bemerkte er in seinem Stuhle kleine Stückchen Botriocephalus. Am 21. Februar 1896 erkrankte er mit starken Durchfällen, Tenesmen, Uebelkeit und Erbrechen, Pat. hatte 20—30 Stuhlgänge in 24 Stunden. In den beiden ersten Krankheitstagen soll auch der Stuhl blutig gewesen sein. Pat. wandte sich an einen Polikliniker, von dem er zuerst Ol. Ricini, darauf Opium, Magisterium Bismuthi und Tannin erhielt, jedoch ohne irgend welchen Erfolg. Am 28. Februar ging ein 2 Faden langes Stück Bandwurm ab, die Durchfälle dauerten fort. Am 2. März wurde er in die Hospitalklinik aufgenommen.

Status praesens vom 4. März 1896. Patient von mittlerem Wuchs, kräftigem Knochenbau, schlechtem Ernährungszustande. Fettpolster sehr gering ausgebildet, Musculatur welk und schwach. Hautdecken rein, blass; von gleicher Beschaffenheit die sichtbaren Schleimhäute. An den Brustorganen lässt sich mit Ausnahme eines leichtgradigen Emphysema pulm. nichts Abnormes constatiren. Puls beschleunigt, etwas schwach. Körpertemperatur Abends subfebril, Zunge belegt, etwas trocken; kein Appetit, grosser Durst. Bauch eingezogen, besonders im unteren Theile: seitliches Kollern und Gurren hauptsächlich in der Coecalgegend, starker Durchfall (10—15 Ausleerungen). Beim Stuhlgang hat Patient Schmerzen im After; daselbst einige Haemorrhoidalknoten. Die Ausleerungen sind dunkelgelb gefärbt, flüssig sehr übelriechend, enthalten Botriocephaleneier und eine riesige Menge Paramaecium coli. Patient erhielt bei Milch und Weissbrod keine Medicin. Wenn auch die Zahl der Stühle etwas abnahm, so hatte er doch 4—6—7 ganz flüssige Ausleerungen täglich, stets waren Balantidien in reichlicher Anzahl zu finden. Am 9. März bekam er Pillen aus Filic. mar., wonach blos einige Stücke Botriocephalus abgingen. Am 11. März waren Balantidien noch in ziemlich reichlicher Menge zu finden. Am 2. März hörte der Durchfall auf; am 12. März waren nur sehr wenige Balantidien nachzuweisen. Am 13. März kein Durchfall; im Stuhl keine Botriocephaluseier zu finden, in 15—20 microscop. Präparaten blos 2—3 lebende Balantidien, dagegen eine gewaltige Menge encystirter Formen, die ich mir hier zu demonstriren erlaube. Als bemerkenswerth scheint im vorliegenden Falle die Thatsache, dass die Balantidien nach dem Gebrauch von Extr. filic. maris in die encystirte Form übergingen.

Am 16. März wurde Patient auf seinen Wunsch entlassen. Einige Tage danach wurde sein Stuhl untersucht und in demselben wiederum eine grosse Menge lebender Parasiten gefunden. Die Durchfälle begannen von Neuem.

An den Vortrag schloss sich folgende Discussion: Dr. Hartge glaubt, dass es sich bei dem Auffinden von Balantidien mehr um einen nebensächlichen Befund handle, da Leuckart gefunden hat, dass im Dickdarm sämmtlicher Schweine mit normalen Darmschleimhäuten der Parasit zu finden ist. Beim Schweine ruft derselbe keine Erscheinungen im Darm hervor.

Dr. Gurwitsch: Beim Menschen ist Heilung der Krankheitserscheinungen beobachtet worden: Die Durchfälle schwanden und mit ihnen auch die Balantidien. Malmsten beobachtete einen Fall, bei welchem im Rectum sich ein Ge-

schwür vorfand, welches späterhin heilte, dabei schwanden auch die Balantidien. Diese Thatsache beweist, wie mir erscheinen will, dass das Balantidium coli kein nebensächlicher Befund ist, vielmehr das ätiologische Moment für die gebotene Erkrankung abgiebt.

Dr. Koppel fragt, ob die Balantidien constant im Schweinedarm zu finden seien. Es ist aus den mitgetheilten Krankengeschichten nicht mit Sicherheit zu ersehen, dass die Balantidien selbstständig eine Erkrankung hervorrufen. Da dieselben in der Darmschleimhaut sich aufhalten, so sind sie vielleicht bei den Personen, bei denen sie vorkommen, nur deshalb bei durch andere Ursachen hervorgerufenen Diarrhoen zu finden, weil bei der Diarrhoe bei stark gesteigerter Peristaltik und grösserer Schleimbildung viel mehr Darmschleim in den Stühlen erscheint. Man müsste nach Aufhören der Durchfälle durch Abführmittel Diarrhoe hervorrufen und dann die Stühle untersuchen, ob da die Paramaecien sich nicht ebenso zahlreich finden. Da die Parasiten keine Saugapparate besitzen, sondern ihre Nahrung in Körnchen aus der Umgebung aufnehmen, so können sie den Darm doch nur durch ihre lebhafte Bewegung und ihre flimmernden Cilien reizen, was kaum als Grund zur Geschwürbildung angesehen werden kann. Sehr selten werden sie wahrscheinlich nicht vorkommen, da in der hiesigen Poliklinik in den paar letzten Untersuchungen 2 Fälle beobachtet sind.

Dr. Gurwitsch: Ich habe bei meinem Patienten heute künstlich Durchfall erzeugt, habe aber mit Mühe nur 4 Exemplare Parasiten auffinden können, wogegen sich bei seiner früher bestehenden Diarrhoe regelmässig grosse Mengen Parasiten nachweisen liessen. Die Entstehung der Durchfälle lässt sich vielleicht durch den mechanischen Reiz erklären, den die Millionen Parasiten auf die Dickdarmschleimhaut ausüben.

Dr. Lunz macht eine Mittheilung über den mikroscopischen Befund bei einem tumorartigen Gebilde, das aus dem Vastus externus von Prof. Koch ausgeschnitten wurde. Es handelt sich um eine offenbar traumatische Cyste, in deren Wand atrophische quergestreifte Muskelfasern zu sehen sind, je mehr diese zur Innenschicht der Cystenwand zu liegen kommen, desto atrophischer sind sie, desto weniger deutlich die Querstreifung und desto mehr gewuchert erscheint das Sarkolemma der Faser, und so kommt es, dass in der nächsten Umgebung der Innenschicht die Gebilde als mehrkernige Zellen imponiren. Redner wollte hierin einen Vorgang der Riesenzellenbildung erblicken, welche hier sowohl, wie auch bei anderer Gelegenheit vorkommt, wenn neben regressiver Degeneration oder Atrophie progressive Veränderungen vor sich gehen.

Vermischtes.

— Der Professor der Anatomie an der militär-medicinischen Academie; wirkl. Staatsrath Dr. Tarenezki, ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Die Charkower Universität hat dem bekannten Moskauer Augenarzte Dr. Sergius Loshetschnikow, welcher nach dem Tode des Prof. Braun die Oberarztstelle des Moskauer Augenhospitals bekleidet, die Würde eines Doctors der Medicin honoris causa verliehen. (Wr.)

— Zu Ehren des Dr. Ludwig Kulewicz, welcher zu Anfang dieses Jahres nach 30-jährigem ununterbrochenem Dienst als Landschaftsarzt des Kreises Koselez (Gouvernement Tschernigow) seinen Abschied nahm, veranstalteten vor Kurzem die Aerzte, die Vertreter der Landschaft und seine früheren Dienstgenossen ein Abschiedsdiner. Bei dieser Gelegenheit wurden demselben, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, mehrere Adressen seitens der Aerzte des Koselezschen Kreises und der Einwohner des früheren ärztlichen Bezirks des Jubilars überreicht und zugleich zahlreiche Telegramme und Briefe von denjenigen Personen verlesen, welche verhindert waren an der Feier theilzunehmen.

— Zum Nachfolger in der Direction des Kreiskrankenhauses in Britz (bei Berlin) ist an Stelle des, wie wir bereits meldeten, von diesem Amte zurückgetretenen Dr. Alfred Bidder (geborener Dorpatenser und ehemaliger Jünger der Dorpater Universität) der Privatdocent der Chirurgie Dr. Riese in Würzburg gewählt worden.

— Der berühmte Anatom Prof. Dr. Albert v. Kölliker in Würzburg begeht am 6. Juli n. St. sein 50-jähriges Jubiläum als Professor und zugleich seinen 80. Geburtstag.

— Dem praktischen Arzt in Frankfurt a/Main Dr. Albert Sippel und dem Assistenten am Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, Dr. Paul Frosch, ist der Professortitel verliehen worden.

Ernannt: Der Oberarzt des Pensaschen Gouvenement-Landschaftshospitals; wirkl. Staatsrath Dr. W. D. Wladimirow — zum Oberarzt des Wladimirschen Gouvernements-Landschaftshospitals.

— Verstorben: 1) Am 16. Juni in Jurjew (Dorpat) der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Robert Koch im eben vollendeten 48. Lebensjahre am Herzschlage. In Oberpahlen (Livland) geboren, widmete sich der Hingeschiedene, nach Absolvirung des Gymnasiums in Dorpat, dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität, an welcher er auch im J. 1879 die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann seine Studien behufs weiterer Vervollkommnung in Wien fortgesetzt hatte, übernahm er im J. 1880 die Functionen des Kirchspielsarztes in Helmet (im Fellinschen Kreise), siedelte jedoch nach 5-jähriger Wirksamkeit daselbst 1885 nach Dorpat über, wo er als tüchtiger Arzt bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb. 2) Am 27. Mai in Jelissawetpol der Gouvernementsarzt W. F. Gawrilko im 55. Lebensjahre. 3) In München der ehemalige Professor der Anatomie und Veterinärkunde und der Thierarzneischule Dr. Dominik Hofer im Alter von 89 Jahren. 4) In Teplitz der dortige Badearzt, Sanitätsrath Dr. Carl Heller im 59. Lebensjahre.

— Der frühere Tomsker Professor der Chemie St. Zaleski ist vom Ministerium der Landwirthschaft ins Schwarzmeergebiet zur Untersuchung der Mineralquellen bei Sotschi in balneologischer Beziehung abdelegirt worden.

— Von der Moskauer medicinischer Facultät ist ein Concurs um die Prämie des verst. Prof. W. A. Bassow im Betrage von 1000 Rbl. ausgeschrieben. Thema: «Die Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und chirurgische Behandlung der Hydronephrose». An dem Concurse können sich nur russische Aerzte orthodoxer Confession betheiligen und müssen die Arbeiten bis zum 1. Mai 1900 bei der Moskauer medicinischen Facultät eingereicht werden.

— Massnahmen gegen die Pest. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung einer Einschleppung der Pest ist angeordnet worden, dass allen muhamedanischen Pilgern bei ihrer Rückkehr in die Heimath (Russland) erst dann das Betreten russischen Boden gestattet werde, nachdem sie einer 10-tägigen Observation in Feodossija oder Kertsch unterworfen und ihr Gepäck desinficirt worden. Auf Grund dieser Anordnung werden denn auch schon 800 muhamedanische Pilger, die vor Kurzem in Feodossija auf einem Dampfer eintrafen, dort einer Quarantäne unterworfen. — Neuerdings werden Pesterkrankungen auch aus Djedda gemeldet (2—3 Fälle täglich) und daher im Quarantänebezirk von Kutais die strengsten Massregeln zur Beaufsichtigung der ausländischen und russischen Schiffe, welche den Suezcanal passirt haben, getroffen worden.

— Nachrichten, betreffend den bevorstehenden internat. med. Congress in Moskau. Die Kanzlei des Ministeriums des Kaiserlichen Hofes hat mittelst officiellen Schreibens das Organisationscomité des internat. med. Congresses davon in Kenntniss gesetzt, dass Seine Majestät der Kaiser geruhen werde, am 5. August in St. Petersburg eine Deputation des Congresses zu empfangen, welche der Präsident des Organisationscomités Prof. N. W. Sklifossowski das Glück haben wird, Seiner Kaiserlichen Majestät vorzustellen. In Folge dessen werden die ausländischen nationalen Comités ersucht werden, aus ihrer Mitte je eines ihrer Mitglieder, behufs Vorstellung bei Seiner Majestät dem Kaiser, zu designiren. Diese Deputirten müssen spätestens am 4. August in St. Petersburg eintreffen. Ferner ist das Executiv-Comité des Congresses benachrichtigt worden, dass 23 Mitglieder des Congresses in Moskau im Cavalierhause des Kreml Wohnung mit vollständiger Verpflegung seitens des Kaiserlichen Hofes erhalten werden.

Die Moskauer Stadtduma hat neuerdings in einer ihrer Sitzungen den von uns in der vorigen Nr. d. Wochenschschrift erwähnten Antrag der Commission für öffentliche Bedürfnisse, dem Stadtamt 35,000 Rbl. für den Empfang und die Bewirthung der Mitglieder des bevorstehenden internat. med. Congresses zur Disposition zu stellen, mit bedeutender Majorität abgelehnt, statt dessen aber zur Erinnerung an den XII. internat. med. Congress eine Prämie im Betrage von 5000 Francs gestiftet, welche alle drei Jahre von den Zinsen eines zu diesem Zweck angewiesenen Capitals von 16,450 Rbl. für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Volkshygiene, Bekämpfung von Epidemien etc. verliehen werden soll. An der Bewerbung um diese Prämie werden sich die Mediciner aller Nationalitäten betheiligen können.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Juni d. J. 7293 (108 mehr. als in d. Vorw.), darunter 488 Typhus — (16 mehr), 854 Syphilis — (27 wen.), 156 Scharlach — (15 mehr), 122 Diphtherie — (22 mehr), 125 Masern — (17 wen.) und 25 Pockenkranke — (1 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. Juni 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
375	269	644	147	72	139	22	4	11	68	48	37	36	29	22	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 39, Scharlach 5, Diphtherie 60, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 120, Todtgeborene 25.

N e u e n a h r Grossartige Heilerfolge bei Katarrhen des Kehlkopfes (Influenza und Folgen), des Magens, des Darmes, der Blase, bei Gallensteinen, Nieren- und Leberleiden, Zuckerkrankheit, Gicht, Rheumatismus und Frauenleiden. — Mild lösend, den Organismus stärkend.

B a d H o m b u r g. Wirksame Trinkkur bei Catarrh, Atonie und Schwäche des Verdauungstractus, bei chronischer Stuhlverstopfung, Hämorrhoidal-, Frauen- und Leberleiden, harnsaurer Diathese, Gicht, Diabetes, Skrophulose und gewissen Herzleiden. Zwei Eisenquellen gegen Anaemie und Folgen der Influenza.

B a d W i l d u n g e n. Georg-Victor-Quelle und Helenenquelle sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmcatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**. Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв 3.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Дозв. ценз. Спб. 21 Іюня 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.— Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, (10. Juli) 28. Juni **1897**

Gymnastik bei Krankheiten der Circulationsorgane.

Von

Dr. Anders Wide,

Vorsteher des gymnastisch-orthopädischen Instituts in Stockholm. Uebers. von Gustav Weltz.

Vorbemerkung der Redaction.

Bei dem raschen Wachsthum der Erfolge, welche die mechanisch-gymnastische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten nicht nur in Schweden, sondern überall aufzuweisen hat, wo man sich für diese Behandlungsmethode interessirt und sie practisch ausübt, veranlasst die Redaction der Pet. med. Wochenschr. den nachfolgenden Artikel des in Schweden sehr bekannten und geschätzten Docenten für Heilgymnastik in Stokholm, Dr. med. Andreas Wide in wortgetreuer Uebersetzung zu veröffentlichen.

An der Eigenthümlichkeit der schwedischen gymnastischen Kunstausdrücke darf man sich nicht stossen. So hart sie dem deutschen Ohr klingen, so haben sie doch den Vorzug, ähnlich wie die modernen chemischen Termini, das Wesen der Sache genau zu treffen und ohne lange Erklärungen eine richtige Vorstellung von der bezeichneten Manipulation zu erwecken.

Die Veröffentlichung der Arbeit in deutscher Sprache erfolgt mit Einwilligung des Herrn Dr. Wide. Der Aufsatz ist zwar schon im J. 1893 im Original erschienen. Die Uebersetzung dürfte aber auch jetzt noch zeitgemäss sein, zumal die Arbeit neuerdings in dem auch von uns recensirten Lehrbuch des Verfassers (cfr. Nr. 24 unserer Wochenschrift) unverändert erschienen ist.

Uebersetzer nachstehender Abhandlung hat sich in Stockholm für Massage und für Heilgymnastik ausgebildet und dabei Gelegenheit gehabt, zu sehen, in welch' grossem Umfange die heilgymnastische Behandlung gegen Herzleiden aller Art geübt wird. Ein grosser Procentsatz aller Krankheiten, die in den besten Anstalten Schwedens (der Poliklinik des königl. Central-Institutes unter Leitung des Prof. Dr. R. Murray, Dr. A. Levin und Dr. S. Wallgren, des medico-mechanischen Inst. unter Dr. G. Zander und des gymnastisch-orthopädischen Institutes, unter Docent Dr. A. Wide) mit Heilgymnastik behandelt werden, wird von Herzleidenden gestellt, und sind die Resultate dieser, unter sorgfältiger ärztlicher Leitung stehenden Behandlunsgweise sehr bemerkenswerth.

Die manuelle und die mechanisch-maschinale Heilgymnastik unterscheiden sich zwar in ihren Mitteln, das Ziel, das sie erstreben, ist aber dasselbe, und es ist schwer zu entscheiden, welcher Behandlungsart man den Vorzug geben soll, da die Erfolge so ziemlich die gleichen sind. In der folgenden Abhandlung giebt Dr. A. Wide eine ziemlich genaue Darstellung der manuellen Behandlungsweise, und hoffe ich mit einer Uebersetzung derselben, den Medicinern einen willkommenen Beitrag zur Therapie der Herzleiden zu liefern.

Der Aufsatz ist abgedruckt in der «Tidskrift i gymnastik» im zweiten Hefte des XIX. Jahrganges, der Inhalt in wörtlicher Uebersetzung folgender:

«Die Erfahrung, dass die Krankheiten der Circulationsorgane, besonders des Herzens selbst, von keiner anderen Behandlung so vortheilhaft beeinflusst werden, wie von der Heilgymnastik, ist seit dem Aufkommen der schwedischen Heilgymnastik immer mehr und mehr anerkannt und verbreitet. Deshalb hat man auch nun angefangen diese Behandlung in den meisten Krankheiten, welche ihren Grund in Circulationsstörungen haben, anzuwenden».

«Was man in jedem Fall von Herzfehler durch die heilgymnastische Behandlung zu erreichen strebt, ist — die Arbeit des Herzens zu erleichtern durch Verbesserung der erschwachten Circulation, — welche immer eine gewisse Folge des bestehenden Herzfehlers ist. Dies geschieht am Besten durch Verminderung der Blutüberfüllung im venösen Gefässsystem, und die schwedische Gymnastik hat glücklicherweise drei grosse Gruppen passiver Bewegungen, welche eine solche Wirkung erreichen, nämlich:

Knetungen,
Rollungen und
Respirationsbewegungen.

Muskelknetungen und Rollungen befördern die Circulation besonders in den mehr peripheren Köpertheilen. Respirationsbewegungen im Brustkorbe und auch indi-

rect in der Bauchkavität, für welche die Magenknetung eine ganz besondere Bedeutung hat».

«Da die Behandlung der Herzkrankheiten eines der allerwichtigsten Kapitel in der Heilgymnastik ist, so will ich versuchen eine kurze Erklärung zu geben für die Wirkung der Bewegungen, welche zu den drei obengenannten Gruppen gehören».

«Die circulationsbefördernde Wirkung der Muskelknetungen erklärt sich so, dass jede Zusammendrückung eines Muskels bewirkt, dass das Blut, so zu sagen, aus den Venen des Muskels in der Richtung zum Herzen hin gepresst wird. Dasselbe gilt bei den Muskelknetungen auch von den intermuskulären Venen, und hat auch eine active Muskelbewegung in gewissem Grade dieselbe Wirkung, weshalb man, sobald der Zustand des Patienten das zulässt, auch immer solche Bewegungen vorschreibt. Man hat sich bei der Behandlung von Herz krankheiten allgemein mit einfachen Muskelknetungen begnügt, ich pflege aber in den meisten Fällen ausserdem eine Magenknetung zu geben.

Die Magenknetung[1]) giebt man nicht so sehr, um eine Einwirkung auf die Digestion zu erzielen, sondern weil sie, wie ich erfahren habe, eine ganz enorme circulationsbefördernde Bedeutung bei Herzfehlern im Allgemeinen, aber ganz besonders bei einem Theil der Klappenfehler des Herzens hat, wo sich venöse Blutüberfüllung im Digestionsapparat findet. Man muss nämlich nicht vergessen, dass Knetungen und Drückungen reichlich stark genug sind, um die Venen zusammenzudrücken und die Blutströmung zum Herzen zu befördern, dass sie dagegen aber kein Hinderniss für den freien Lauf des artereillen Blutes bilden. Die Magenknetung ist aber auch von einem anderen Gesichtspunkt aus als circulationsbefördernde Bewegung von besonderer Wichtigkeit. Bei der Magenknetung wird ein mechanischer Reiz auf die Nervi splanchnici ausgeübt, welcher nicht blos eine Contraction der Arterienstämme, sondern auch der grossen Venenstämme des Bauches zur Folge hat, der Vena cava inferior und der Vena portae».

«Die hastigen Streichungen, die man gewöhnlich den Knetungen folgen lässt, haben auch ihre Bedeutung. Sie bewirken nämlich durch den Hautreiz eine gewissermassen hastig vorübergehende, aber andererseits sehr ausgebreitete Contraction im Hautgefässsystem».

«Die Knetungen, welcher man sich bei Herzfehlern mit Vortheil bedient, sind folgende:

Armmuskelknetung,
Beinmuskelknetung und
Magenknetung,

Rollungen nennt man in der Heilgymnastik mit vollem Recht Circulationsbewegungen. Wie bekannt fassen die Venen mehr in sich, wenn sie durch Dehnung verlängert werden. Bei den Rollungen, z. B. der Fussrollung geschieht eine oft wiederholte Verlängerung und Verkürzung der zahlreichen Venen, welche das Glied passiren; jedes Mal, wenn eine Vene solcherart verlängert wird, wird das Blut aus den peripher belegenen Aesten aufgesogen, was wieder um circulationsbefördernd auf die Capillaren dieser Aeste einwirkt; bei der schnell darauf folgenden Verkürzung der Vene, strömen sie ihren Inhalt in centripetaler Richtung aus. Dasselbe geschieht bei jeder einzelnen Rollung, und im Verhältniss zur öfteren Wiederholung dieser Bewegungen, ist auch die Wirkung grösser und dauernder. Die heilgymnastischen Rollungen sind:

Handrollung,
Armrollung (im Schultergelenk),
Fussrollung,
Beinrollung (im Hüftgelenk),
Kopfrollung und
Rumpfrollung, sowie die Form derselben, welche Zirkelrollung genannt wird.

Aller dieser Rollungen bedient man sich bei der Behandlung von Herzkrankheiten. Die Rollungen werden allgemein als passive Bewegungen ausgeführt und bei Herzfehlern immer als solche applicirt. Die einzelnen Rollungen wirken circulationsbefördernd durch ihre dehnende Wirkung auf die Venen, und das nicht nur in Bezug auf die peripher liegenden Blutgefässe, sondern die Wirkung erstreckt sich auch weiter auf die Gefässe, welche central vom Gelenke liegen, in welchem die passive Bewegung ausgeführt wird. Eine besonders grosse Bedeutung haben die Rollungen im Schulter- und Hüftgelenk, weil hier eine starke Saugung in den grossen Venen bewirkt wird, welche in der Nähe dieser Gelenke liegen. Durch die Thatsache, dass die Fascien, welche leicht an den Venen befestigt sind, bei diesen Rollungen (sog. Venenpumpe) gespannt werden, wird die Circulation ganz wesentlich befördert».

«Die Kopfrollung befördert die Circulation im grossen Venengebiete des Halses und Kopfes. Diese Bewegung muss jedoch vorsichtig ausgeführt werden, d. h. die Rollungen dürfen nicht grosse sein, auch dürfen sie bei Herzpatienten nicht lange dauern, in Sonderheit muss man sie nicht früher geben, als bis man sich überzeugt hat, dass die anderen Bewegungen gut vertragen werden. Die Kopfrollung ruft nämlich, wenn man sie nicht unter den angegebenen Massregeln anwendet, leicht Schwindel und Ohnmacht hervor. Wird die Bewegung aber vertragen, so hat sie ganz gewiss in vielen Fällen eine sehr wohlthuende Wirkung, ganz besonders bei Neigung zu Blutcongestionen zum Kopf».

«Die Rumpfrollungen wirken meist auf die Vena cava inferior, aber zum kleinen Theil auch auf die Vena cava sup. Diese grössere Einwirkung auf die Vena cava inf beruht darauf, dass die Rollungen im unteren Theil des Rückgrates ergiebiger sind, wegen der grösseren Beweglichkeit der Wirbelkörper im Verhältnisse zu einander in dieser Region».

«Die Cirkelrollung sieht man für eine Bewegung an, welche speciell auf die Vena portae und ihr System einwirken soll, eine Annahme, die ich anzuführen mich verpflichtet fühle, da sie so sehr in der schwedischen Gymnastikliteratur hervorgehoben wird. Jedoch kenne ich keine ausreichende Erklärung hierfür und dürfte eine solche, meiner Meinung nach, auch nicht leicht zu finden sein, da, wenn die Cirkelrollung eine solche Wirkung haben soll, die Rumpfrollung dieselbe in einem um soviel höheren Grade haben muss, als diese letztgenannte Bewegung grösser und ausgiebiger ist».

«Der Einfluss der Respiration auf die Circulation ist natürlich jedem Leser dieses Aufsatzes genügend klar, aber ich fühle mich doch bewogen, in grösster Kürze einige der wichtigsten Factoren anzuführen. Die grösste Aufgabe der Respiration besteht darin, dem Blute Sauerstoff zuzuführen. Da nun ein Herzfehler immer eine schwache Circulation zur Folge hat, so wird die Sauerstoffaufnahme des Blutes um so ungenügender, je schwerer das Herzleiden ist. Es ist also schon in dieser Hinsicht von grösster Wichtigkeit, Herzpatienten so viel, wie möglich Respirationsbewegungen zu geben und sie zu lehren, die Respiration so tief und vollständig als möglich auszuführen, nicht blos während der stattfindenden Gymnastikbehandlung, sondern auch in der Zwischenzeit. Aber die Aufgabe des Brustkorbes ist nicht nur das Luftpumpen, sondern er dient auch als Blutpumpe, da die tiefe Respiration circulationsbefördernd wirkt. Das gilt besonders vom kleinen Kreislauf, der

[1]) Uebersetzer hat die Bezeichnung «Magenknetung» beibehalten, da sie wörtlich dem schwedischen Terminus entspricht. Im deutschen wäre «Bauchknetung» der treffendere Ausdruck.

Passage des Blutes durch die Lungen. Aber diese Wirkung erstreckt sich auch auf die, zum grossen Kreislaufe zugehörigen grossen Venenstämme. Die Inspiration vergrössert den negativen Druck im Brustkorbe, wodurch eine kräftige Saugung zum Herzen in den beiden Venae cavae zu Stande kommt, desto stärker je tiefer die Inspiration war. Das Zwerchfell erweitert bei seiner inspiratorischen Contraction, die Vena cava inf. und presst durch den, gleichzeitig auf die Bauchorgane ausgeübten, Druck, das Blut von dieser in die Venen. Die in der Vena cava sup. durch die Inspiration hervorgerufene Saugung zum Herzen wirkt ihrerseits wiederum nicht blos auf die grösseren Venen der oberen Körperhälfte, sondern auch auf den Ductus thoracicus und das Lymphgefässsystem. Die bei Herzfehlern gewöhnlich anzuwendenden Respirationsbewegungen sind:

Brustlüftung,
Brustspannung und
Armhebungen.

«Ausser den genannten Bewegungen, welche alle die Circulation vortheilhaft beeinflussen, hat die Heilgymnastik ferner eine Gruppe passiver Bewegungen, welche eine beruhigende Wirkung bei überreizter Herzthätigkeit haben. Solche Bewegungen sind:

Brustlüftschüttelung,
Rückenerschütterung und
Rückennervendrückung.

In den meisten Arbeiten, welche in deutscher Sprache in letzterer Zeit erschienen sind, werden die Erschütterungsbewegungen als eine «specifische Eigenheit» der mechanischen Methode dargestellt. Ich habe beide Gymnastikmethoden, die manuelle wie die mechanische genügend studirt, um die Erfahrung gewonnen zu haben, dass man dasselbe gute Resultat mit beiden erzielen kann, eine Thatsache, die ich schon früher öffentlich ausgesprochen habe. Die Gerechtigkeit fordert jedoch, anzuerkennen, dass die manuelle Gymnastik die Rückenerschütterung anwandte, lange bevor die mechanische Gymnastik existirte. Der obengenannte Ausdruck der deutschen Verfasser, ist, glaube ich, dadurch aufgekommen, dass Zander 1872 einmal (Nord. med. arkiv 1872) schrieb: «Zum Schluss muss ich anführen, dass die mechanische Gymnastik eine Bewegung besitzt, welche von ganz specifischer Wirkung bei der Herabstimmung überreizter Herzthätigkeit ist, nämlich die Rückenerschütterung».

«Die Brustluftschüttelung und Rückennervendrückung sind Manipulationen, welche vollkommen der Rückenerschütterung der mechanischen Gymnastik entsprechen. Hartelius empfiehlt in seiner ersten Arbeit über Heilgymnastik im J. 1870 «Brustlüftschüttelung» fast in allen Vorschriften der Bewegungskur, welche er für die Behandlung von Herzkrankheiten angiebt Diese Arbeit erschien zwei Jahre früher als die obengenannte Arbeit Zander's, welche die erste über die mechanische Methode ist».

«Die lokale Herzbehandlung wird ausgeführt als:

Hackung, (hackning)
Klopfung, (kloppning)
Erschütterung, (darrskakning)
Streichung, strykning.

Sie hat in der manuellen Heilgymnastik dieselben Aufgaben, wie die ebengenannten Erschütterungsbewegungen. Nach meinen Beobachtungen ist die lokale Herzbehandlung von grosser Bedeutung, denn in fast jedem Fall kann man mit diesen Bewegungen, ganz nach Bedarf einen beruhigenden oder stimulirenden Einfluss auf die Herzthätigkeit ausüben. Hierbei kann man natürlich nicht die Möglichkeit eines psychischen Einflusses der lokalen Herzbehandlung ausschliessen, jedoch ist es andererseits sehr wahrscheinlich, dass ein solcher äusserer, rein mechanischer Reiz auch rein reflektorisch durch den Nervus vagus und accelerans seinen Einfluss auf die Herzthätigkeit ausüben kann. Der nähere Verlauf hierbei liegt einer Erklärung noch sehr ferne, und so viel ich weiss, hat bisher noch Niemand dieser Sache eine grössere Aufmerksamkeit gewidmet. Da ich in einer grossen Anzahl Fälle gefunden habe, dass man mit Streichung und Erschütterung (darrskakning) die erhöhte Herzthätigkeit um 10—20—30 Pulsschläge herabsetzen kann, sowie dass man andererseits eine verlangsamte Herzthätigkeit durch Herzhackung und Klopfung erhöhen kann, so habe ich stets versucht die Behandlung entsprechend dem Einzelfall und nach Bedarf individualisirend durchzuführen. Da Doctor Astley Levin eine ganze Serie von Untersuchungen über die Wirkung der einzelnen Bewegungen aufs Herz gemacht und versprochen hat, bald die diesbezüglichen interessanten Resultate zu veröffentlichen, so will ich hier keine Ziffern aus meinen eigenen Untersuchungen anführen».

«Aus dem schon Gesagten scheint mir hervorzugehen, dass die gleiche Behandlungsart bei fast allen Arten von Herzfehlern mit Vortheil angewandt werden kann, gilt es doch in jedem Fall die Herzarbeit zu erleichtern. Alle die hier genannten passiven Bewegungen unterstützen die Circulation im venösen und capillaren Gefässsystem und bezwecken zu gleicher Zeit eine gleichmässigere und bessere Vertheilung der Blutmassen im ganzen Organismus.

Die passiven Bewegungen haben somit die allergrösste Bedeutung bei der Behandlung von Herzfehlern, aber auch manche active Bewegungen können, wenn verständig angewandt, in derselben Richtung wirken. Bei der Behandlung des Patienten geht man daher so zu Wege, dass man mit ausschliesslich passiven Bewegungen beginnt, worauf man ganz allmählich eine oder die andere kleinere und leichtere active Bewegung in die Behandlung einschliesst, als da sind:

Hand- und Fussbeugen und Strecken,
Kniebeugen und Strecken,
Unterarmbeugen und Strecken.

Dass unter den aktiven Bewegungen die Beinbewegungen bei Behandlung von Herzfehlern am wenigsten angreifen, ist eine Thatsache, welche nicht ignorirt werden darf und stimmt diese Erfahrung auch vollkommen mit der Bedeutung und dem Nutzen der Oertelkur überein Ich habe fast täglich Gelegenheit zu sehen, dass Herzpatienten das

Beinaufziehen und Ausstrecken,
Beindrehen,
Beintheilen und Schliessen

gut ausführen können, lange bevor sie die entsprechenden activen Armbewegungen vertragen. Bei schweren Herzfehlern thut man daher am klügsten niemals andere Armbewegungen zu geben, als die passiven Knetungen und Rollungen; bei den Armrollungen muss man ausserdem die Vorsicht beobachten, dass man den Arm nicht über die durch das Schultergelenk gehende Horizontale hinaus führt».

«Die Erklärung für den nützlichen Einfluss der genannten activen Bewegungen bei Herzkrankheiten scheint mir wohl die zu sein, dass die Gefässe, welche dem arbeitenden Muskel zugehören, während der activen Muskelarbeit mehr Blutes bedürfen und sie entziehen dieses Mehr den anderen blutüberfüllten Körpertheilen, ohne dass die active Arbeit dieser Muskeln zu gleicher Zeit eine vermehrte Thätigkeit des Herzens selbst hervorruft. Es ist nämlich ein Factum, dass die Gefässe eines Muskels durch Muskelarbeit erweitert werden durch einen Impuls von den vasodilatatorischen Nerven. Dieser Impuls geschieht gleichzeitig mit der Innervation des Muskels durch die motorischen Nerven. Die activen

Beinbewegungen wirken also befördernd auf die Venencirkulation in derselben Art, wie die entsprechenden passiven Beinbewegungen. und sind sie somit durch ihre gefässerweiternde Wirkung, wie auch die schwedische Heilgymnastik sie nennt. ableitende Bewegungen, welche, so zu sagen, das Herz entlasten. Wenn die Muskeln arbeiten, werden ausserdem gewisse Substanzen (Ermüdungsstoffe) gebildet, welche ins Blut übergehen und das Athmungscentrum in lebhaftere Thätigkeit versetzen. Die in folgedessen verstärkte Athmung befördert ihrerseits wiederum die Cirkulation. Die Thatsache, dass active Beinbewegungen von Herzpatienten viel früher vertragen werden, als entsprechende active Armbewegungen, kann, meiner Meinung nach, ihre Erklärung darin finden, dass Armbewegungen in gewissem Grade die Respiration erschweren können, was bei den Beinbewegungen nicht der Fall ist».

«Bei der Behandlung mit activen oder Widerstandsbewegungen gilt ebenso, wie bei den passiven, die Erfahrung, dass die Wirkung um so andauernder und grösser ist, je öfter die Behandlung vorgenommen wird; bei den activen Bewegungen kann hinzugefügt werden: die Nachhaltigkeit der Wirkung wächst im selben Verhältniss, wie die Bewegungen in Grösse und Kraft gesteigert werden. Als allgemeine Regel muss daher gelten, dass die Behandlung oft vorgenommen wird, wenigstens einmal täglich, von mindestens einer Stunde Zeitdauer, und dass sie längere Zeit, mindestens drei Monate fortgesetzt wird. Dass ein solches Verfahren das einzige richtige ist, geht deutlich aus einigen weiterhin aufgezeichneten Krankheitsfällen hervor.

Da nun die Herzarbeit, wie schon oft hervorgehoben, durch die Heilgymnastik erleichtert, und dem Herzen dadurch die Möglichkeit der Erholung gegeben wird, so kann bis zu einem gewissen Grade ein Herzfehler durch diese Behandlung gebessert werden. Das ist hauptsächlich der Fall bei Krankheiten des Herzmuskels selbst, z. B. bei Fettherz, durch die Kräftigung die derselbe während der Behandlung erfährt, worüber Ausführlicheres bei Beschreibung dieser Krankheit. Aber auch bei Klappenfehlern können die Symptome der Incompensation, durch diese gradatim verstärkte Arbeit, die man dem Herzen giebt, vermindert werden. Dasselbe gilt bei Herzdilatation».

«Wenn man aber auch so mit der heilgymnastischen Behandlung in keinem Fall den Herzfehler selbst vollständig heilen kann und nur in einer Anzahl von Fällen Besserung erreicht, so wage ich doch, auf Grund jahrelanger Erfahrung zu behaupten, dass jeder Herzpatient Linderung seiner Beschwerden erfährt, als da sind: Herzklopfen, Athemlosigkeit, Schmerzen und Beklemmung über dem Herzen und vielen anderen Symptomen, — und damit ist schon viel gewonnen. Wahr ist, dass die Besserung nicht in jedem Fall eine andauernde bleibt, zumal wenn die Behandlung nicht durch längere Zeit fortgesetzt wird, man muss aber auch bedenken, dass das Leiden ein chronisches ist, und keine andere Behandlung ein besseres Resultat erzielt. Ich kenne viele Herzpatienten, welche jahraus jahrein die heilgymnastische Kur fortsetzen und nur dadurch sich aufrecht erhalten und leistungsfähig bleiben, wo sie anders auf ein unthätiges Leben angewiesen wären und, in vielen Fällen ganz ans Krankenlager gefesselt sein würden».

«Die in der Frage der Behandlung von Herzkrankheiten so sehr gepriesene «Oertel'sche Terrainkur» darf hier nicht übergangen werden, da sie, in ihrer Eigenschaft als rein mechanisches Mittel, der Heilgymnastik ziemlich nahe steht. Diese Kur beabsichtigt, wie bekannt, die bei Herzfehlern erschwachte Cirkulation durch Gehen auf mehr oder weniger steil ansteigenden Wegen zu verbessern; sie recurrirt somit hauptsächlich auf active Beinbewegungen; hierzu kommt das gewiss wichtige, jedoch wohl zu stark betonte Moment, dass die Promenade draussen in freier Luft vorgenommen wird. So weit ich den Werth der Sache beurtheilen kann, muss die Oertelkur besonders beim Fettherzen und einem Theil von Herzneurosen nützlich sein, doch nie bei schwereren Klappenfehlern. Ich habe während vieler Sommer im Bad und Brunnenkurort Söderköping, wo ich in der glücklichen Lage war, meinen Patienten, die ausgezeichnetsten Kurwege verordnen zu können, Gelegenheit gehabt, die Wirkung der Heilgymnastik und Oertelkur zu vergleichen. Ich habe mich durch meine Erfahrungen veranlasst gefühlt die Letztere bei den ebengenannten Krankheiten einzuschränken. So wenig ist aber doch noch heutzutage die Bedeutung der schwedischen Heilgymnastik bei Herzfehlern selbst in Schweden bekannt, dass hervorragende Aerzte uns oft die Frage vorgelegt haben, ob wir wirklich mit unserer Heilgymnastik dieselben guten Resultate erreichen können, wie mit der Oertelkur. Die Heilgymnastik bietet den sehr grossen Vortheil, dass man äusserst genau die Art, Stärke und Dauer der Behandlung abmessen und, zugleich auch beständig die Behandlung überwachen und ihre Wirkung controliren kann, was bei schwereren Herzfehlern absolut nothwendig ist. Die Heilgymnastik, besonders die manuelle, kann ausserdem auch bei bettlägrigen Kranken mit Erfolg angewandt werden.

Es sind nicht wenige Herzpatienten, die ich durch heilgymnastische Behandlung auf die Beine gebracht habe, wo sie während vieler Monate bettlägerig waren und die medikamentöse Behandlung wenig oder garnichts auszurichten vermochte. In solchen Fällen ist an eine Oertelkur nicht zu denken. Zum Schluss muss ich ganz besonders betonen, dass die Heilgymnastik, wie bei andern Krankheiten, so auch bei Herzfehlern nicht im Mindesten eine gleichzeitige Anwendung der medicamentösen Behandlung ausschliesst, und dass man sich oft beider zugleich bedienen muss, um den Patienten den grösstmöglichsten Nutzen zu bringen».

(Fortsetzung folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Winkelmann: Die Unterleibsbrüche und ihre chirurgische Behandlung. Nr. 70—72 der «Medicinischen Bibliothek für praktische Aerzte». Leipzig. Druck u. Verlag von C. G. Naumann.

Winkelmann bezeichnet seine Arbeit selbst als «Kurze Uebersicht für Aerzte und Studirende». Dementsprechend giebt sie auch nur die groben Umrisse der Bruchlehre; kein Bild, sondern eine Skizze. Der Chirurg findet nichts Neues darin, dem praktischen Arzt, der für einen dringenden Fall etwa schnelle Belehrung sucht, ist das Büchlein nicht ausführlich genug. Nützen wird es als Repetitorium den Studirenden vor dem Examen, und denjenigen Aerzten, die sich theoretisch über die Grundlehren und Resultate der heutigen Herniologie im Allgemeinen instruiren wollen. Dass Verfasser auf dem Gebiet ganz zu Hause ist, ist dem Eingeweihten deutlich erkennbar. Wanach.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie, redigirt und herausgegeben von Prof. Dr. Hildebrand in Berlin. 1. Jahrgang. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1896.

Die chirurgische Literatur hat einen solchen Umfang angenommen, dass es unmöglich geworden ist, sie auch nur annähernd vollständig in den Jahresberichten über die Fortschritte der Gesammtmedicin zu referiren. Andrerseits ist das Bedürfniss nach einer Sammelstelle für die chirurgische Weltliteratur sehr gross, da der Einzelne sich unmöglich alle Zeitschriften, Bücher etc., namentlich die fremdsprachigen, verschaffen kann. Es ist daher gewiss ein fruchtbares Unternehmen, das Prof. Hildebrand angeregt und — dank der Theilnahme einer grossen Zahl rühmlichst bekannter Mitarbeiter — in ausgezeichneter Weise durchgeführt hat. Der erste Jahrgang des neuen Jahresberichtes bildet einen Band

von 1315 Seiten. Die Referate sind meist genügend, die Orientirung dank einer sehr übersichtlichen Anordnung des grossen Materials leicht. Ausser einer grossen Zahl in Deutschland lebender Mitarbeiter sind als regelmässige Referenten verzeichnet Dr. von Bonsdorff (Helsingfors), Prof. Dollinger (Budapest), Dr. Lanz (Bern), Dr. Maass (Detroit), Prof. San Martin (Madrid), Dr. Muscatello (Turin), Prof. Rotgans (Amsterdam), Dr. Schaldemose (Kopenhagen) Prof. af Schulten (Helsingfors), Prof. Tiling (St. Petersburg), Prof. Trzebicky (Krakau). Es ist also für die Vertretung der ausländischen Literatur gut gesorgt.

Ohne Zweifel wird der neue Jahresbericht, den auch die Verlagsanstalt vorzüglich ausgestattet hat, bald in den Händen aller Chirurgen sein. Wanach.

Encyklopädie der Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. Oscar Liebreich, unter Mitwirkung von Dr. Martin Mendelsohn und Dr. Arthur Würzburg. Zweiter Band 1. Abtheilung. Berlin 1897. Verlag von August Hirschwald.

Die Ausgabe der in unserer Wochenschrift bereits besprochenen Encyklopädie der Therapie schreitet rüstig vor. Nunmehr liegt uns die 1. Abtheilung des 2. Bandes vor, und diese kann nur den günstigen Eindruck, den die ersten Lieferungen auf uns gemacht haben, bestärken. Wollten wir dem vorliegenden Bande gerecht werden, müssten wir auf hundert und mehr Themata desselben hinweisen, die von allgemein anerkannten Capacitäten abgehandelt worden sind. Wir begnügen uns hervorzuheben, dass die einzelnen Fragen mit grossem Geschick und ausserordentlicher Sorgfältigkeit besprochen werden, die Schilderungen sind trotz ihrer Kürze klar und erschöpfend, so dass der praktische Arzt sich rasch über die eine oder die andere therapeutische Frage orientiren kann. Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

623. Sitzung am 29 April 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär Herr Henking.

1. Herr Hellat stellt einen Leprösen vor. Der Pat. ist aus dem Reval'schen Kreise gebürtig, beschäftigt sich den Winter über in einer Branntweinbrennerei im Rjasan'schen Gouvernement, den Sommer verbringt er in der Heimath. Gegenwärtig befindet er sich auf der Heimreise. Patient behauptet erst seit dem Februar d. J. erkrankt zu sein; wahrscheinlich liegt jedoch der Beginn der Krankheit bedeutend mehr zurück. Der Fall stellt eine relativ frische Form der typischen Lepra tuberosa dar, und weist in klinischer Hinsicht nicht viel bemerkenswerthes auf; doch bieten die Schleimhäute einiges Interesse. Die Schleimhaut des Mundes ist intact; die der Nase und des Nasenrachenraums, besonders an der Hinterwand, ist dagegen mit Geschwüren bedeckt. Pat. giebt an, seit dem Herbst Schnupfen zu haben. Mehr Interesse gewinnt der Fall dadurch, dass man an ihm ein Beispiel hat, wie schwer es häufig werden kann, der Infectionsquelle auf die Spur zu kommen. Der Mann ist eigentlich nirgends zu Hause. Ferner lehrt er, in wie ausgedehntem Maasse ein einziger Fall, bei der unbeschränkten Freiheit, welche die Leprösen bis dato geniessen, der Verbreitung der Krankheit Vorschub leisten kann. Er verkehrt in zwei Gouvernements uneingeschränkt mit einer grossen Anzahl von Menschen, und trägt auch durch seine Reisen zur Vermehrung der Infectionsgefahr bei.

2. Herr Henking berichtet über die Eindrücke, welche er während seines Aufenthaltes in Berck sur Mer von dem Verfahren des Dr. Calot behufs Redression Pott'scher Kyphosen gewonnen hat.

Der Vortrag liegt bereits im Druck vor in Nr. 19 des «Wratsch» vom 8. Mai 1897.

Im Anschluss an seinen Vortrag berichtet Herr Henking über zwei von ihm ausgeführte Redressements an Pott'schen Kyphosen. Der erste Fall betraf ein 10½-jähriges Mädchen mit bereits seit 3½ Jahren bestehendem Gibbus der pars lumbosacralis; der zweite, ein 4 Jahre altes Mädchen mit einem seit etwa 6 Monaten bestehenden Buckel des mittleren Abschnittes der Brustwirbelsäule. Letztere Pat. hatte zur Zeit der Operation eine vollständige Paralyse der unteren Extremitäten und wahrscheinlich auch eine Parese des Sphincter ani et vesicae. Bei beiden Kranken liess sich die Geraderichtung der Wirbelsäule herstellen, bei der ersten allerdings mit Aufbietung beträchtlicher Gewalt, bei der zweiten dagegen fast spielend leicht. Beide Redressirten bieten seit der Operation das Bild ruhigen und reaktionslosen Verlaufes dar, wie Vortragender es an den Calot'schen Fällen in Berck zu sehen gewohnt war.

Herr Anders theilt eingehende Nachrichten über 2 von ihm in derselben Weise operirte Kranken mit. Auch sie weisen in ihrem bisherigen Verlauf nichts Beunruhigendes auf.

Herr Henking bespricht an der Hand seiner beiden Fälle den Redressionsmechanismus, soweit es nämlich bei dem vorliegenden Material gestattet ist, sich über ihn bestimmte Vorstellungen zu bilden. Er ist offenbar nicht in allen Fällen der gleiche; in recenten Fällen läuft er entschieden anders ab als bei alten, consolidirten Gibbi.

Auf Herrn Tiling's Frage, ob die Anwesenheit eines Congestionsabscesses nicht die Anwendung des Verfahrens verbietet, antwortet Herr Henking, dass Calot auf solch einen meist keine Rücksicht nimmt; er unterlässt das Redressement lediglich nur in dem Falle, dass der Senkungsabscess im Becken durch seine Lage und Grösse die Ausführung gewisser, zur Gradrichtung nothwendiger Handgriffe unmöglich macht. Der erste der beiden, von Henking redressirten Fälle (10½-jähriges Mädchen) besass übrigens auch einen Congestionsabscess der linken fossa iliaca, der weder die Gradrichtung erschwerte noch in der Folge irgend welche unliebsamen Erscheinungen hervorgerufen hat.

Herr Petersen fragt, ob von Calot welche Gegenindicationen angegeben werden.

Herr Henking: von absoluten Gegenindicationen scheint, nach den bisherigen Erfahrungen, kaum die Rede sein zu können. Ueberhaupt ist die Frage der Indicationen noch sehr wenig durchgearbeitet. Weder giebt es eine bestimmte Altersgrenze für den Patienten selbst noch für den Bestand des Gibbus; einstweilen war der älteste, von Calot in Behandlung genommene Patient 19 Jahr alt gewesen, während der längste Bestand eines Buckels vor seiner Redression 8½ Jahre war. Auch hoher Sitz des Gibbus contraindicirt das Verfahren an sich nicht; unter Calot's Patienten giebt es mehrere, deren Wirbelsäulenverkrümmungen sich zum Theil im Bereiche des Halswirbelsäulensegmentes befanden. Auch etwaige Complicationen, wie die erwähnten Congestionsabscesse oder Fisteln u. drgl. bilden keine absolute Gegenanzeige. Das Verfahren an sich ist äusserst leistungsfähig, der unmittelbare Erfolg ist geradezu verblüffend, die damit verbundenen Gefahren offenbar viel geringer, als man von vornherein anzunehmen geneigt ist. Der schwache Punkt bleibt einstweilen nur die Ungewissheit bezüglich der Enderfolge; es fragt sich, ob die Geraderichtung eine endgiltige und fortdauernde bleiben wird. Hiezu ist eine Ausheilung der ostitischen Heerde und wohl auch ausgiebige Anbildung neuer Knochensubstanz nöthig. Wie es sich nun mit dieser Frage verhält, lässt sich vor der Hand noch gar nicht absehen. Die jetzt bereits als «geheilt» hingestellten Fälle beweisen nach dieser Richtung hin nichts, da sie noch nicht die Probe der Zeit bestanden haben.

3. Herr Blessig referirt gemeinsam mit Herrn Tiling über den folgenden Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Durchbruch in die Orbita und in die Schädelhöhle.

Anamnese. Herr W. 44 J. a. Fabrikbesitzer. Immer gesund gewesen. Im Frühjahre 1896 eine Augenentzündung gehabt, mit Hausmitteln kurirt; nach der Heilung war ein Ausschlag auf Stirn und Nase aufgetreten, der wechselnd war in seiner Intensität. Nach einer ausländischen Reise war Pat. am 19. März verändert zurückgekehrt, war nicht mehr so frisch, der Ausschlag bis zum Ohr hin verbreitert, melancholische Stimmungen.

Am 26. März Schwellung des rechten Augenlides. Am Tage drauf die Geschwulst zugenommen, Schmerzen in den Augenbrauen. Chronischer Schnupfen soll bestanden haben! Kopfschmerzen nicht vorhanden gewesen; den Angehörigen ist es aber in letzter Zeit aufgefallen, dass Pat. oft nach seiner Stirn gegriffen hätte, überhaupt in seinem Wesen verändert gewesen wäre. Jetzt starke Schmerzen in der rechten Augenhöhle und Umgegend.

Status praesens. Am 30. März (Dr. Blessig): Intensive, orbitale Schwellung beider Lider des rechten Auges, welche entsprechend den Augenhöhlenrändern scharf abgesetzt ist. Hochgradige Protrusion und Unbeweglichkeit des Bulbus; derselbe ist nach vorn und unten gedrängt. Hochgradige Chemose der Conjunct. bulbi; ein chemotischer Wulst liegt in der Lidspalte; das Auge macht nur ganz geringe Bewegungen, am wenigsten in der Richtung nach oben. Die Lidschwellung ziemlich prall, nicht fluctuirend. Augapfel selbst intact; Pupille reagirt gut; Augenhintergrund gut sichtbar, normal. Das Auge sieht. Keine Schwellung, weder im Bereich der Highmorshöhle, noch im Gebiete des Sinus frontalis, Beklopfen des Schädels nicht schmerzhaft. Abtasten des Orbitalrandes und der Glabella nicht empfindlich. Kein Ausfluss aus der Nase, keine Ozaena. Temperatur um 38°. Allgemeinbefinden: obstipirt, etwas unruhig, durstig. Ordinirt: Compresse échauffante auf die Augengegend. Rp. Calomel grn. V 2 × pro die.

31. März bis 2. April. Alle Erscheinungen nehmen zu: colossale Vortreibung, vollständige Unbeweglichkeit des Bulbus,

der im übrigen normal bleibt. Ophthalmoskop: leichte Ueberfüllung der Venen rechts, sonst normal. Schmerzen haben unter der Compresse ganz nachgelassen, dagegen werden Kataplasmen nicht vertragen. Temperatur um 38°. Allgemeinbefinden dasselbe. Stühle gewesen, heftiger Durst. Trockene belegte Zunge. Unter dem oberen Augenhöhlenrande tiefe Fluctuation! Oedem der Stirn aussen und der Schläfe.

2. April im Alexander-Hospital ambulatorisch tiefe Incision durch das Oberlid (Blessig) unter Cocain-Anästhesie. (1/2 Spritze 5%). Vorherige Probepunction giebt Eiter! Der Schnitt beginnt ungefähr unter dem Foramen supraorbitale und geht in 1 cm. Abstand vom Orbitalrande, diesem parallel bis zum äussern Ende der Braue, in einer Tiefe von mehreren cm. Aus der Tiefe dringt massenhaft dicker, reiner, rahmähnlicher, geruchloser Eiter. Sowohl mit der Nadelspitze bei der Probepunction, wie mit der Scalpelspitze beim Schnitt wird oben rauher Knochen gefühlt. Ausspülung der Wunde mit Sublimat, Jodoformmarly-Tampon. Verband (dem Eiter war weder Schleim noch Luft beigemischt.)

3—4 April Allgemeinbefinden sehr gut, Pat. fühlt sich sehr erleichtert, wie verwandelt. Appetit vorhanden, Zunge reinigt sich. Am Auge gehen Schwellung und Chemose schrittweise zurück, der Bulbus wird immer beweglicher. Aus der Wunde entleert sich massenhaft Eiter (im Strome), von derselben Beschaffenheit wie vorher. Verbandwechsel am 3. und 4. April einmal täglich. Von dann ab 2 mal täglich (ambulatorisch). Temperatur zwischen 37,7° und 37,9°.

5. April Fieber Morgens 38,5°! leichtes Benommensein mit leichter Exaltation, vermehrter Durst. Die Erscheinungen am Auge bessern sich fortschreitend unter fortgesetzt sehr reichlicher Secretion. Drain in die Wunde. Jodoformmarly. Ordin.: Rp. Calomel gr. 0,3 × 2 wegen Obstipation.

6. April Temperatur 39.5! Stärkeres Benommensein, grössere Unruhe. Bei diesem und jedem folgenden Verbandwechsel gähnt Pat. krampfhaft und wird leicht ohnmächtig. Local Status idem. Kein Kopfschmerz angegeben auf wiederholtes Befragen, keine Empfindlichkeit beim Beklopfen der Umgebung der Augenhöhle. Pupillen normal, Ophthalmosk. beiderseits normal! rechts hinten unten in der Lunge feinblasiges Rasseln. Pat. wird ins Hospital aufgenommen. Klysma. Danach reichlicher Stuhl.

7. April Temperatur 39,5. Nachmittags halb 3 Uhr Consultation mit Prof. Tiling. Die Sonde zeigt rauhen Knochen vom Orbitalrande aussen oben bis in den Grund der Orbita; in der Tiefe von ca. 5 cm. in der Richtung nach innen hinten stösst die Sonde auf eine von rauhem Knochen umgebene Lücke (Fissura orbitalis superior?). Das Bewusstsein wird immer mehr getrübt, doch ist Pat. noch am Nachmittag im Stande einige geschäftliche Angelegenheiten zu ordnen. Danach verfällt er in vollständige Bewusstlosigkeit (am Abend). Pupillen auch heute normal. Keinerlei Herdsymptome.

8. April. Temperatur 40,2! Puls ca. 80 (wie auch gestern). Tiefes Coma, schnarchende, regelmässige Respiration. Pupillen normal. Im Laufe des Tages tritt schlaffe Lähmung des linken Armes ein, Zuckungen im linken Facialis; das linke Bein wird bewegt, reagirt auf Nadelstiche schwächer als das rechte. (Zweite Consultation mit Prof. Tiling 4 Uhr Nachmittags). Feinblasiges Rasseln auf beiden Lungen hinten unten (Hypostasen).

Es wird ein Abscess im rechten Stirnlappen angenommen. 6 Uhr 15 Min. Operation (Trepanation) Prof. Tiling. Ohne Narkose, in tiefem Coma. Puls c. 80 regelmässig nicht klein.

Weichtheilschnitte: Verlängerung der ersten Incisionswunde nach aussen bis über den äusseren Orbitalrand; zweiter Schnitt von da aufwärts, nach aussen und parallel dem Proc. zygomaticus ossis frontalis, bis zur Höhe des Tuber frontale; Orbitalinhalt durch stumpfen Haken geschützt. Weichtheillappen nach oben innen abpräparirt, bis über das Foramen supraorbitale heraus; Nervus supraorbitalis geschont. An der Vereinigung des Proc. zygomaticus ossis frontalis, und des Proc. frontalis ossis zygomatici, der Knochenrand mit Knochenscheere durchtrennt. Aufmeisselung des ganzen äussern-obern und obern Orbitalrandes und eines Theiles des Orbitaldaches (untere und vordere Wand des Sinus frontalis). Bei Eröffnung des Sinus frontalis quillt dicker schleimiger Eiter vor. Obere Wand der Stirnhöhle verdickt; in ihr wird mit der Sonde eine Lücke gefühlt: Aufmeisselung der vorderen Schädelgrube vom Sinus frontalis beginnend nach aussen längs dem Orbitalrande, in Ausdehnung von ca. 3 cm. Dura mater röthlich wie granulirend, stellenweise gelblich durchschimmernd, pulsirt nicht! gespannt, verdickt. Beim Einschneiden in die Dura mater quillt massenhaft dicker, gelber Eiter hervor (mehrere Esslöffel); Gehirnsubstanz stellenweise bröcklig, morsch, braunroth, pulsirend. Die Trepanationsöffnung wird nach aussen und oben erweitert bis der Knochendefect ca. 4—5 cm. lang und ca. 3 cm. breit ist. Das Gehirn drängt sich vor, pulsirt; sobald das Gehirn vom Knochenrand und von der weit aufgeschnittenen Dura abgedrängt wird, quillt von allen Seiten derselbe dicke Eiter hervor. Einstiche und Punctionen in das Gehirn geben keinen Eiter! Nachdem der Eiter aufgehört hat zu fliessen (im Ganzen mehrere Unzen) Ausfütterung der Wunde mit Marly (ziemlich fest, um dem Vordrängen des Gehirns entgegenzuarbeiten); Verband (halb 8 Uhr Abends) Pat. ist während der ganzen Operation comatös; Athmung regelmässig, schnarchend; von Zeit zu Zeit heftige Zuckungen in beiden NN. faciales und einige Male allgemeine epileptische Zuckungen mit Deviation der Augen nach links und oben, Erweiterung der Pupille. Puls ganze Zeit unverändert, regelmässig, ziemlich voll.

9. April Temperatur 40,2. Pat. liegt den ganzen Tag über in tiefem Coma, häufige epileptiforme Zuckungen, die aber meist nicht sehr lange andauern, lässt Urin und Koth unter sich. Verbandwechsel: Die Hirnoberfläche ist vorgewölbt, wird von der Dura mater etwas abgehoben, es entleert sich eitrige Flüssigkeit und reiner Eiter zwischen Dura und Hirn, besonders bei Rechtswendung des Kopfes. Einführung zweier Drainrohre etwa 3 cm. tief. Tamponade der Wunde.

10. April. Im Allgemeinen status idem, die epileptiformen Zuckungen sind häufiger und dauern länger, bis 10 Min. Es wird auch der linke gelähmte Arm mit ergriffen. Es scheint, als ob bei dem vorgenommenen Verbandwechsel Pat. mehr reagirt, als vordem. Aus den Drains hat sich fast garkein Eiter entleert. Hirnoberfläche nicht mehr prominent in der Wunde. Beim Abheben des Hirnes von der Dura entleeren sich wieder ziemlich reichliche Mengen eitriger Flüssigkeit Pat. wird mit der Schlundsonde durch die Nase gefüttert. Nach Aussage der Frau hat er auf eine Frage reagirt (?) Die Anfälle sind häufiger. Einer derselben hat ca. 10—15 Min. lang gedauert. Pupillenreaction erhalten; Pupillen mittelweit. Athempausen. Temperatur 40,3. Puls über 100, kleiner.

11. April Tod 3 Uhr morgens.

Sectionsprotokoll vom 11. April. (Dr. Westphalen).

(Befund an Schädel und Gehirn).

Nach Entfernung der Hautdecken präsentirt sich in der Hirngegend ein Knochendefect, in dem Drains und Tampons liegen. Nach Entfernung des Schädeldaches erweist es sich, dass dieser Knochendefect dem rechten Orbitaldache entspricht. Dura mater an ihrer Innenfläche im Bereiche der beiden vorderen und mittleren Schädelgruben mit rahmigem Eiter belegt; die hintern Schädelgruben beiderseits unverändert. In den Sinus transversi flüssiges Blut und Gerinnsel. Im vordern Abschnitt der rechten mittleren Schädelgrube, hinter dem grossen Keilbeinflügel, die Dura innen belegt mit einem rubelgrossen, frischen pachymeningealen Blutaustritt. Nach Entfernung des Hirns zeigt dasselbe unverändertes Cerebellum, Medulla, Pons und Hirnschenkel. Hingegen Basis des Frontalhirnes bis an den vordern Rand der Brücke eitrig belegt und zwar reicht der Belag bis an den vordern untern Abschnitt beider Temporallappen, namentlich links.

Die Pia mater hierbei etwas getrübt und stärker ecchymosirt; feinste Piavenen anscheinend thrombosirt. Die ganze Convexität des Hirns rechts ist von einer mächtigen Lage Eiter, zwischen Hirn und Dura, bedeckt, die Dura eitrig-fibrinös belegt, mässig verdickt, trübe, ecchymosirt. Im Sinus longitudinalis frisches Coagulum. Auch links zwischen Pia und Dura Eitermassen und analoge Veränderungen der Dura. Der eitrige Belag reicht links bis an den Sulcus postcentralis heran, rechts bis an den Occipitallappen. Ferner erscheint die rechte Hemisphäre im Bereich der Eiteransammlung muldenförmig vertieft, sämmtliche Hirnwindungen abgeplattet. Sulci fast verstrichen. Im vordersten Abschnitte des rechten Stirnlappens erscheint die Pia lebhaft ecchymosirt, Piagefässe von Eitermassen umgeben. Die Eiteransammlung umgreift also im Ganzen: links das ganze Frontalhirn, rechts das ganze Frontalhirn, Parietalhirn und den vordern Theil des Temporalhirns. Siebbeinzellen unverändert, ebenso Sinus frontalis links. Im rechten Sinus frontalis eitrig infiltrirte gallertige Massen; directe Communication mit der eitrig infiltrirten Orbitalhöhle. N. opticus rechts umschlossen von rahmigem Eiter. Im Bereich der I. und II. Stirnwindung rechts, in die Rinde und bis ins weisse Mark-

lager hineinreichend wallnussgrosser Blutaustritt, in dessen Umgebung die Hirnsubstanz bräunlich verfärbt erscheint. Die übrigen Abschnitte des Gehirns unverändert. In den Ventrikeln klare Flüssigkeit.

Anatomische Diagnose: Chronische Eiterung des rechten Sinus frontalis, Perforation in die rechte Orbita und in die vordere rechte Schädelgrube, mit reichlicher Ansammlung von Eiter zwischen Dura und Pia im Bereiche der beiden vorderen und mittleren Schädelgruben und der Convexität rechts; secundäre regionäre purulente Leptomeningitis; Abplattung der Hirnwindungen.

Epikrise. Bemerkenswerth war im vorliegenden Falle die Latenz des Stirnhöhlen-Empyems; sie wurde verhängnissvoll, indem sie von einer rechtzeitigen rhinologischen Untersuchung und Eröffnung des Sinus frontalis abhielt. Da wir jetzt wissen, dass die meisten orbitalen Phlegmonen, welche nicht metastatischer oder traumatischer Natur sind, ihre Entstehung einer Erkrankung der Nebenhöhlen verdanken, so wurde auch in unserem Falle von Anfang an auf eine solche gefahndet. Dennoch war, trotz genauer Anamnese und wiederholter Untersuchung, besonders der Stirnhöhlengegend, kein sicherer Anhalt für die Annahme eines Nebenhöhlen-Empyems zu gewinnen. Es fehlten thatsächlich alle Symptome, welche als charakteristisch für ein solches, speciell für das Empyem des Sinus frontalis angeführt werden (cfr. Dr. Lunin's und Dr. Germann's ausführliche Referate in der Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte vom 29. November 1894. St. Petersb. med. Wochenschr. 1895, pag. 54—56 und Kuhnt's Monographie: über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Wiesbaden 1895):

1) Kopfschmerz wurde auf häufig wiederholte Fragen strict in Abrede gestellt.

2) Uebler Geruch und Ausfluss aus der Nase fehlten vollständig. Obwohl Pat. angab, an Schnupfen gelitten zu haben, war die Nasenathmung frei.

3) Nasenbluten nie bemerkt worden.

4) Die Gegend der Stirnhöhle war auch bei starkem Beklopfen durchaus nicht empfindlich.

5) Die Schwellung setzte am innern-obern Orbitalrande mit scharfer Grenze ab, ging nicht auf die Gegend der Stirnhöhle und auf die Glabella über.

6) Die Richtung der Vortreibung des Bulbus nach vorn und unten konnte wohl auf die Stirnhöhle als Sitz der primären Erkrankung hinweisen; doch kommt dieselbe Dislocation auch bei anderen, im obern Theil der Orbita sich abspielenden Processen, so auch bei der Periostitis des Orbitaldaches, zu Stande; auch soll die Richtung der Vortreibung bei rascher Entwickelung der Phlegmone kein sicheres Zeichen sein. Ausserdem wird angegeben, dass die Phlegmone nach Durchbruch aus einer Nebenhöhle sich meist nicht so rasch entwickele.

So kam es, dass eine rhinologische Untersuchung der Nebenhöhlen wohl in Aussicht genommen, zunächst aber unterlassen wurde. Nachdem durch die Incision am 2. April der Eiter aus der Orbita freien Abfluss erhalten hatte, Pat. dabei wieder schmerzfrei und fieberfrei geworden war, schien eine solche Untersuchung noch weniger dringend. Ja, der Verdacht auf ein Nebenhöhlen-Empyem schien jetzt noch weniger begründet, als vor der Incision: Es entleerte sich ein ganz reiner Eiter, ohne irgend welche Beimischung von Schleim oder Luft, und ohne jeden Geruch. Der Eiter hatte also durchaus nicht den Charakter eines Empyemeiters; es war ein richtiges «Pus bonum». Die ausgedehnte Abhebung des Periosts an der obern und äussern Orbitalwand liess eher an eine Periostitis dieser Wand denken. Das Austreten von Luft aus der Incisionswunde beim Schnauben wurde nicht geprüft; solche Versuche dürften auch nicht so ganz unbedenklich sein, da sie eine drohende Perforation in das Schädelinnere durch Drucksteigerung im Sinus frontalis eventuell fördern können. Als Pat. dann plötzlich anfing hoch zu fiebern, war die Perforation offenbar schon erfolgt; da wäre ein Eingriff an der Stirnhöhle wohl schon nutzlos gewesen. Doch fragt es sich noch, ob eine rechtzeitige rhinologische Untersuchung unter den gegebenen Verhältnissen, beim Fehlen jeglicher Naseneiterung, das Empyem mit Sicherheit in der Stirnhöhle nachgewiesen hätte.

Dass die plötzliche Temperatursteigerung am 5. April den Zeitpunkt des Durchbruchs in den Schädel bezeichnet, ist wohl nicht zweifelhaft. Dann aber besteht eine weitere Eigenthümlichkeit unseres Falles: dass selbst nach erfolgtem Durchbruch des Eiters in die Schädelhöhle zunächst keine greifbaren Gehirnsymptome, insbesondere keine meningitischen Erscheinungen auftraten. Es fehlte sogar der Kopfschmerz! Nur die leichte Alteration des Sensoriums liess eine intracranielle Complication vermuthen, bis diese durch die rasch eintretende Bewusstlosigkeit zur Gewissheit wurde. Erscheinungen von Hirndruck fehlten bis zuletzt, die Pupillen blieben mittelweit und reagirten gut, auch der ophtalmoskopische Befund blieb normal. Die Abwesenheit von meningitischen Erscheinungen einerseits und von Herdsymptomen andrerseits führte zur Annahme eines Abscesses im Stirnlappen.

Was nun den Weg anlangt den der Eiter durch die Stirnhöhle genommen, so ist es jetzt klar, dass er von dort zuerst in die Orbita, mit ausgedehnter Abhebung des Periostes, und später, nachdem bereits durch die Incision freier Abfluss geschafft war, auch noch in die Schädelhöhle durchbrach. Eine directe Perforation von der Orbita in den Schädel durch das Orbitaldach wurde nicht constatirt, wohl aber eine Lücke in der obern, dem Schädelinnern zugekehrten Wand des Sinus frontalis. In dem von Dr. Schröder im Anschluss an Germann's Referat (l. c) mitgetheilten tödlich verlaufenen Fall II. hatte ein Empyem der Stirnhöhle, der Keilbeinhöhle und der Siebbeinzellen zu Orbitalphlegmone und Gehirnabscess (im Stirnlappen) geführt. Bei der Section wurde das Orbitaldach «nekrotisch» gefunden; doch ist ausdrücklich erwähnt, dass eine Perforationsöffnung im Orbitaldach nicht vorhanden war, wohl aber entzündliche Veränderungen an der Dura mater unter dem Abscess; von einer Perforation der oberen Wand des Sinus frontalis ist nichts gesagt. Es handelte sich also wohl nicht, wie in unserm Falle, um successiven Durchbruch nach zwei Richtungen sondern der Gehirnabscess war eine Folge der Orbitalphlegmone und der durch diese verursachten Nekrose des Orbitaldaches.

Ob in unserem Falle eine thatsächliche Perforation durch die Dura mater oder nur ein Uebergreifen der Eiterung auf die Hirnhäute, nach Zerstörung der oberen Sinuswand, stattgefunden, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Ein Defect im Knochen wurde allerdings während der Operation durch die Sonde constatirt. Die Dura war an der Stelle der Trepanation verändert, geröthet, wie granulirt, stellenweise gelblich verfärbt. Auffallend ist das Missverhältniss zwischen der colossalen Eitersammlung zwischen den Meningen, die stellenweise sogar zu Maceration der Gehirnoberfläche geführt hatte, und der relativ geringen Ausbreitung ausgesprochen meningitischer Veränderungen an der Pia mater.

Es ist gewiss zu bedauern, dass nicht vor Beginn der intracraniellen Complication eine rhinoskopische Untersuchung der Nebenhöhlen vorgenommen wurde. Der von Dr. Kuhnt u. A. gegebene Rath, eine solche möglichst frühzeitig auszuführen, ist nach dieser Erfahrung um so mehr zu beherzigen. Doch ist es immerhin sehr fraglich, ob bei der Abwesenheit von Naseneiterung sowie sonstiger Sinussymptome der Rhinologe das Empyem in der Stirnhöhle mit genügender Sicherheit hätte nachweisen können. Und selbst wenn das Empyem gefunden worden wäre, bleibt es doch fraglich, ob man eine Veranlassung zu einem sofortigen Eingriff an der Stirnhöhle gesehen hätte, nachdem dem Eiter durch die Incision in der Orbita freier Abfluss geschafft und der Pat. dadurch fieberfrei und schmerzfrei geworden war. Unter solchen Umständen schien eben die Gefahr eines Durchbruchs nach dem Schädelinnern zunächst beseitigt. (Autoreferat).

Herr Tiling hebt die Besonderheiten und diagnostischen Schwierigkeiten des Falles hervor. Für Eiterung im Stirnbeinsinus sprachen gar keine Anzeichen; aber auch bezüglich der intracraniellen Eiterung lagen Eigenthümlichkeiten vor: während am 7. April die Hirnsymptome sich eben erst auszubilden begannen, lagen am 8. April bereits ganz manifeste Symptome der schwersten Hirnläsion vor (Coma, Lähmung des linken Armes, Zuckungen im Bereiche des linken Facialis) die am letzteren Datum ausgeführte Operation — Eröffnung sowohl des Sinus frontalis wie der vorderen rechten Schädelgrube — ergab aber einen Befund an den Meningen und am Hirn, der direct auf einen längeren Bestand der Meningitis schliessen liess, als aus den klinischen Erscheinungen zu erwarten war. Auch die Section wies eine Verbreitung des Eiterungsprocesses innerhalb der Schädelhöhle auf, die zu ihrer Ausbildung einen längeren Zeitraum nöthig hatte. Es muss daher angenommen werden, dass der Durchbruch des Eiters aus der Stirnbeinhöhle in die Orbita und seine Perforation in die vordere Schädelgrube ziemlich gleichzeitig vor sich gegangen seien. Höchst auffallend ist aber in diesem Falle das verhältnissmässig lange Ausbleiben ernsterer Hirnsymptome, speciell meningitischer Erscheinungen.

Herr Moritz: an ein Empyem des Sinus frontalis ist ja von vornherein gedacht worden. Da aber alle üblichen Er-

scheinungen fehlten, da Beklopfen der Stirnhöhlengegend ganz schmerzlos war, so wurde der Verdacht auf Stirnhöhlenempyem wieder aufgegeben. Es fragt sich nun, ob eine specialistisch ausgeführte Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen den Sachverhalt aufgedeckt hätte. Vielleicht eine Probepunktion?

Herr Lunin: Es ist möglich, dass bei rhinologischer Untersuchung der Nase doch ein eitriger Catarrh hätte nachgewiesen werden können. Es giebt Fälle, wo der eitrige Ausfluss deswegen nicht bemerkt wird, weil er nicht in der Richtung der vorderen Nasenapertur sondern nach hinten, zu den Choanen hin stattfindet: man entdeckt dann die Spuren der Eiterung an den Auflagerungen, welche sich an der hinteren Rachenwand in Form mehr oder weniger trockener Krustenbildungen vorfinden.

Auch die im Vortrage erwähnte Stellungsanomalie des Bulbus bot einen gewissen Verdacht auf bestehendes Stirnbeinhöhlenempyem. Doch wäre jedenfalls zur Feststellung dieser Sachlage eine längere Beobachtungszeit nöthig gewesen, als im vorliegenden Falle zur Disposition stand.

Herr Hellat glaubt, dass es durchaus fraglich ist, ob eine rhinoscopische Untersuchung den wahren Sachverhalt aufgeklärt hätte; unter solchen Umständen musste die Incision des Orbitalabscesses als vollständig ausreichende Encheirese erscheinen.

Herr Germann pflichtet auch dieser Ansicht bei. Vielfältige Erfahrung hat den Beweis geliefert, dass eine Incision des Orbitalabscesses in den meisten Fällen vollständig genügt hat, um dem Eiter, selbst aus dem Sinus frontalis, guten Abfluss zu verschaffen. Kaum hat man je an eine separate Eröffnung der Stirnbeinhöhle gedacht, wenn nicht die Erscheinungen einer bestehenden Eiterverhaltung in dieser Höhle vorgelegen haben. Da auch im berichteten Falle vollständige Latenz der Erscheinungen vorlag, so war man durchaus berechtigt anzunehmen, dass mit der Incision des Orbitalabscesses Alles gethan war, was zunächst hätte geschehen müssen.

Vermischtes.

— Das Denkmal für den berühmten Chirurgen N. Pirogow in Moskau geht seiner Vollendung entgegen, nachdem die Moskauer Stadtduma die dem Denkmal-Comité zur Beendigung der Arbeiten fehlenden 1600 Rbl. bewilligt hat. Die Sammlungen zur Errichtung des Denkmals hatten nur 12,000 Rbl. ergeben.

— Die Kasan'sche Stadtduma hat beschlossen, dem Dr. W. G. Kupidonow, welcher seit 25 Jahren an der gynäkologischen Abtheilung des städtischen Alexanderhospitals als Ordinator thätig ist, die Gage um 300 Rbl. jährlich zu erhöhen und am Tage seines Jubiläums eine Dankadresse zu überreichen.

(Wolshski West.Wr.).

— Die auf eine Denunciation seitens eines früheren Angestellten angeordnete Revision der Cherson'schen psychiatrischen Heilanstalt durch den örtlichen Gouvernements-Medicinalinspector (cf. Nr. 18, S. 168 d. Wochenschr.) soll nichts Gravirendes für den Director Dr. Günsburg-Schick ergeben haben und ist derselbe daher wieder in sein Amt eingesetzt worden.

— Dem rühmlichst bekannten Laryngologen Prof. Dr. Felix Semon in London ist bei Gelegenheit des Regierungs-Jubiläums der Königin Victoria die Baronet-Würde verliehen worden.

Prof. Dr. Alb. v. Kölliker (Würzburg), welcher, wie wir bereits mitgetheilt haben, vor Kurzem seinen 80. Geburtstag und zugleich sein 50-jähriges Professoren-Jubiläum feierte, wird vom nächsten Semester an seine Vorlesungen auf die mikroscopische Anatomie beschränken. Für die descriptive Anatomie soll der Züricher Professor Philipp Stoehr, ein ehemaliger Assistent Kölliker's, als ordentlicher Professor nach Würzburg berufen worden sein.

— Verstorben: 1) Am 11. Juni hierselbst der Hofarzt von Strelna Dr. J. W. Butusow im Alter von nahezu 87 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Hingeschiedene über 60 Jahre ausgeübt. 2) In St. Petersburg am 16. Juni nach langer Krankheit der ältere Arzt des 47. Ukrainischen Inf.-Reg. Woldemar Rodzewitsch. Den Arztgrad hatte derselbe im Jahre 1876 erlangt. 3) In Wien im 64. Lebensjahre Prof. Dr. Martin Wilckens, der seinem Leben, das durch Lähmung der Beine in Folge von Arteriosclerose ihm zur Last geworden war, durch einen Schuss ein Ende gemacht hat. Der Verstorbene war früher praktischer Arzt in Hamburg, seit 1872 aber Professor der Thierphysiologie und Thierzucht an der Hochschule für Bodencultur in Wien.

— Nachdem Prof. Fehling (Halle) die Berufung auf den erledigten Lehrstuhl der Gynäkologie und Geburtshülfe in Tübingen abgelehnt, hat die Facultät die Professoren Bum (Basel) primo loco, Löhlein (Giessen) secundo loco, und Doederlein (Gröningen) tertio loco in Vorschlag gebracht.

(Allg. med. C.-Ztg).

— Als Zuhörerinnen an dem weiblichen medicinischen Institut sollen, einer neuerdings erlassenen Verfügung zufolge, auch Nichtchristinnen zugelassen werden, jedoch nicht mehr als 5% der Gesammtzahl der Zuhörerinnen.

— Die Oberarztstelle am städtischen Krankenhause in Odessa scheint wenig begehrt zu sein, da sich bisher noch kein Arzt für diesen Posten gemeldet haben soll, obschon die Stadtverwaltung seit mehr als zwei Wochen eine Aufforderung zur Bewerbung um denselben erlassen hat.

— Der St. Petersburger Mässigkeitsverein eröffnet in nächster Zeit in der Neu-Ssaratowschen Colonie an der Newa eine Heilanstalt für Trinker und zwar für's Erste nur mit 5 oder 6 Betten.

— Frau O. A. Baranowski hat eine ihr gehörige Villa in Kisslowodsk der Direction der kaukasischen Mineralbäder behufs Einrichtung eines Sanatoriums zum Geschenk gemacht.

— Der reiche Zuckerfabrikant L. J. Brodski hat zum Bau eines Ambulatoriums für kranke Kinder in Kiew neuerdings wieder 20,000 Rbl. gespendet, da die von ihm zu diesem Zweck schon früher hergegebene Summe von 25,000 Rbl. nicht hinreichte, um die Heilanstalt den letzten Errungenschaften der Wissenschaft entsprechend einzurichten.

— Im Hinblick auf verschiedene Missverständnisse, die bezüglich der Anwendung der Bestimmung, nach welcher die Empfangszimmer der Aerzte, Advokaten etc. von der Wohnungssteuer befreit sind, vorkommen, erklärt das Departement für direkte Steuern, dass die Befreiung von der Quartirsteuer nur auf denjenigen Theil der Wohnung ausgedehnt werden kann, welcher lediglich zum Empfang von Clienten, Patienten etc. dient und nicht den Charakter eines Wohnraumes trägt.

— Als nachahmenswerthes Beispiel können die Maassregeln hingestellt werden, welche die Stadt Erfurt in Preussen (eine Mittelstadt von ca. 80,000 Einwohnern) bezüglich der Lungenschwindsucht ergriffen hat. Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» mittheilt, hat die Polizeiverwaltung von Erfurt nicht allein die Todesfälle an der Lungenschwindsucht für anzeigepflichtig erklärt und die kostenlose Desinfection der betreffenden Wohnräume angeordnet, sondern auch eine Einrichtung zur Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen getroffen, deren kostenlose Benutzung Jedermann freisteht. Zu der Errungenschaft einer kostenfreien Untersuchung auf Tuberkelbacillen für Jedermann, hat es unseres Wissens bis jetzt noch keine Grossstadt Europas gebracht!

— Nachrichten, betreffend den bevorstehenden internat. med. Congress in Moskau. Vom Organisationscomité des Congresses ist, nach eingeholter Genehmigung der Regierung, eine officielle Ehren-Einladung an den Prinzen Ludwig Ferdinand von Bayern und den Herzog Karl Theodor in Bayern, welche bekanntlich beide Aerzte sind, gesandt worden. Die Zahl der Anmeldungen zum Congress hat in letzter Zeit erheblich zugenommen, namentlich auch durch die von auswärtigen Regierungen, medicinischen Facultäten und Gesellschaften sowie von med. Journalen designirten Vertreter. So schickt das französische Kriegsministerium die Doctoren Dujardin-Beaumetz, M. Strauss und Dziewonski als Delegirte; das französ. Marineministerium Dr. Bernard Cuneo, die Pariser med. Facultät die Proff. Potain, Lannelongue, Gaziel, Hayem, Tillaux, Le Dentu, Pinard und Joyffroy, ausserdem 6 Privatdocenten. Den Privatärzten, welche an dem Congress theilnehmen wollen, gewährt das französ. Kriegsministerium alle mögliche Unterstützung. Das deutsche Reich wird auf dem Congress in Moskau, wie wir der «Allg. med. C.-Ztg.» entnehmen, officiell durch den Generalarzt der Armee Prof. Dr. v. Coler und dem Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Schjerning vertreten sein; auch das preussische Medicinalministerium wird einen Delegirten entsenden. Ferner sind als Delegirte bereits angemeldet: von der sächsischen Regierung Stabsarzt Dr. Georg Wilke; von der spanischen Regierung Don Antonio Espina; von der Edinburger Universität Prof. Thomas Fraser; von der Glasgower Univers. die Proff. Meball, Anderson, John Ferguson, William Macewen u. M. Cameron; von dem med. chirurg. Institut in Stockholm die Proff. Tigerstedt, Sanderson und Westmark; von der Universität Catania Prof. Capanelli; vom medicinischen Journal «Le Bulletin médicale» als Correspondenten die DDr. Gloude und Weber. Auch seitens einzelner medicinischer Vereinigungen wurden bereits Vertreter angemeldet, — so hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie die Proff. v. Bergmann und Gurlt zu Delegirten ernannt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Juni d. J. 7301 (8 mehr. als in d. Vorw.), darunter 442 Typhus — (46 wen.), 859 Syphilis — (5 mehr), 150 Scharlach — (36 wen.). 134 Diphtherie — (12 mehr), 134 Masern — (9 mehr) und 22 Pockenkranke — (3 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. Juni 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
380	285	665	162	75	129	25	2	15	58	54	43	39	28	18	15	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 25, Scharlach 16, Diphtherie 40, Croup 4, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 120, Todtgeborene 36.

Довв. ценз. Спб. 28 Іюня 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 5. (17.) Juli 1897

Gymnastik bei Krankheiten der Circulationsorgane.

Von

Dr. Anders Wide,

Vorsteher des gymnastisch-orthopädischen Instituts in Stockholm. Uebers. von Gustav Weltz.

Schluss statt Fortsetzung.

«Einer oder der Andere mag mir vorwerfen, dass ich die hier vorgestellten Resultate nicht mit Pulskurven beleuchtet habe, was doch leicht zu machen gewesen wäre. Mein Aufsatz ist gewiss auch für Aerzte geschrieben, aber vorherrschend doch für Gymnasten. Ich verweise die Aerzte, welche einen solchen Beweis für die Wirkung der Heilgymnastik wünschen, auf Hermann Nebels[2]), besonders in dieser Hinsicht, ausgezeichnete Arbeit, und spreche, wie auch er, zu gleicher Zeit die Hoffnung aus, bald auf eine diesbezügliche Arbeit Dr. Zanders hinweisen zu können, der in diesen Dingen eine grössere Erfahrung hat, als irgend ein Anderer. Ich kenne übrigens sehr wenige, die die Pulscurven richtig zu deuten verstehen, trotzdem ist es sehr gewöhnlich, dass Gymnasten ihren Herzpatienten durch Aufzeichnung von Sphygmogrammen zu imponiren versuchen. Ja, es ist vorgekommen, dass Herzpatienten in unser Institut kommen und fragen, ob wir auch mit Pulscurven «behandeln». Ausserdem pflegt jeder fremde Arzt, der das Institut besucht, sich vor allen Dingen für die Behandlung von Herzpatienten und speciell für die Aufzeichnung von Sphygmographcurven zu interessiren und er nimmt solche gern, gleichsam als Andenken von unserem gymnastischen Institut mit. Das ist in den letzten Jahren so weit gekommen, dass die Aufzeichnung von Pulscurven in der gymnastischen Welt als ein Beweis von Wissenschaftlichkeit gilt; ob man sie nachher deuten kann, oder nicht, darnach wird nicht gefragt. Die erste Frage, die ein Arzt aus Deutschland, der mich vor einigen Jahren besuchte und gegenwärtig eines der grössten Institute in seiner Heimath leitet an mich stellte, war die: «arbeiten Sie wissenschaftlich?» Er erklärte nachher, dass er damit meinte, ob ich Pulscurven zeichne.

«Ich glaube, dass der praktische Arzt den Zustand des Patienten besser durch Auskultation, Percussion und die gewöhnliche einfache Untersuchung des Pulses beurtheilen können muss, als durch Aufzeichnung von Pulscurven. Uebrigens ist das Sphygmographiren ja eine reine technische Sache, welche leicht erlernt ist, viel leichter, als eine andere physikalische Untersuchungsmethode.

Dass der nicht medicinisch gebildete Gymnast, welcher mit der physikalischen Diagnostik im Allgemeinen nicht vertraut ist, von der Aufzeichnung von Pulscurven abstehen muss, liegt in der Natur der Sache. Der aufmerksame Gymnast findet reichlich genug andere, subjektive und objektive Zeichen in Verbesserung, Verlauf und der weiteren Entwickelung des Krankheitsfalles, welche ihn über den Erfolg der Behandlung aufklären. Mit den oben ausgesprochenen Bemerkungen habe ich mich natürlich nicht auflehnen wollen gegen die rein wissenschaftliche und auch praktische Bedeutung der Pulscurven in der Hand dessen, der sie richtig zu deuten versteht.

Ich will nun in Kürze die Krankheiten durchgehen, die sich vorzugsweise für eine heilgymnastische Behandlung eignen. Die meisten der unten genannten Fälle sind auf dem gymnastisch-orthopädischen Institut in Stockholm beobachtet worden.

Zu den erworbenen Herzkrankheiten rechnet man in erster Linie die Klappenfehler. Von solchen habe ich ständig eine Menge in Behandlung, meist Mitralinsufficienz, in einigen Fällen im Verein mit Stenose des ostium atrio-ventriculare sin., ferner Aortainsufficienz und auch nicht selten combinirte Klappenfehler. Ich übergehe hier die verschiedenen Symptome, welche die veschiedenen Krankheiten begleiten und weise in diesem Fall auf die gebräuchlichen Lehrbücher; ebenso wenig sehe ich mich

[2]) Bewegungskuren mittelst schwedischer Heilgymnastik. Wiesbaden. 1879.

genöthigt einige Fälle der gewöhnlichsten Herzfehler zu beschreiben, da eine grosse Zahl derselben täglich auf unserem Institut beobachtet werden kann».

«Als Typus für ein Bewegungsschema für Patienten mit Klappenfehlern kann folgende Behandlung dienen:

1. Sitzende Brusthebung,
2. Halbliegende 2 Fussrollung,
3. Klaftersitzende 2 Armmuskelknetung,
4. Hochreitsitzende Zirkelrollung,
5. Halbliegende 2 Beinmuskelknetung,
6. » » Brustheberschütterung, oder stützstehende Rückennervendrückung,
7. Halbliegende Beinrollung,
8. » Magenknetung,
9. » Herzerschütterung und Streichung,
10. Nach jeder oder je zwei Bewegungen — sitzende Brusthebung.

«In sehr schweren Fällen, wie bei bettlägrigen Patienten kann es für den Anfang genügen folgende Bewegungen zu geben:

1. Hand- und Fussrollung,
2. Knetungen der Extremitäten, und
3. Die lokale Herzbehandlung;

so bin ich in den meisten Fällen vorgegangen und habe gefunden, dass eine solche Behandlung völlig genügt. Die übrigen Bewegungen werden allmählich, je nach wachsenden Kräften und wie der Zustand des Patienten es zulässt, hineingezogen. Wenn die Behandlung so, wie beschrieben, durchgeführt wird, so beeinflusst sie in jedem Fall in erster Linie die Herzthätigkeit, so dass letztere langsamer und regelmässiger wird, was man am Besten beobachten kann, wenn man den Puls vor, während und nach der Behandlung zählt. Den Herzpatienten zu gestatten selbst ihren Puls zu zählen, ist im Allgemeinen mehr schädlich, als nützlich. Da die Herzfrequenz bei den meisten Klappenfehlern eine erhöhte ist, so ist es von Wichtigkeit dieselbe zu mässigen, was, wie schon gesagt, am Besten durch Brusthebschüttelung und die lokale Herzbehandlung geschieht, bei welcher man Erschütterung und Streichung anwendet. Da es aber Patienten giebt, welche die letztgenannten Bewegungen nicht vertragen, indem sie dazwischen Schmerzen und Beklemmung in der Brust angeben, so thut man am Klügsten, solchen Patienten, die diese Bewegungen nicht wohlthuend empfinden, dieselben nicht aufzuzwingen. Durch vorsichtiges Vorgehen kann man übrigens in der Mehrzahl der Fälle, nach Verlauf einiger Tage, die Bewegungen, die nicht angenehm empfunden wurden, von denen man sich aber einen Nutzen im betreffenden Falle verspricht, wieder aufnehmen. Genauere und mehr detailirtere Bewegungsschemata für die einzelnen Fälle von Klappenfehlern, halte ich für unnöthig, da die Individualisirung hier doch noch viel nothwendiger ist, als bei anderen Krankheiten. Derjenige, welcher den Herzfehler nicht beurtheilen kann thut, am Klügsten, von der Behandlung desselben abzustehen».

«Von angeborenen Herzfehlern habe ich einige Fälle in Behandlung gehabt, von denen ich einen hier als Beispiel anführen will, mit der Diagnose:

«Vitium organ. cordis, congenitale», bei einer 22-jähr. Dame. Der Fall ist daher ganz besonders interessant, weil er in der medicinischen Klinik beobachten und behandelt worden ist. Es war schon im Jahre 1881, da ich Gelegenheit hatte, mit dem dienststehenden Kandidaten zusammen, dem die Patientin zuertheilt war, sie mit Heilgymnastik zu behandeln (in der medicinischen Klinik zu Upsala), und ich halte es für ein grosses Verdienst des damaligen Chefs der Klinik, des Professors A. V. Petersson, dass er diese Behandlung in diesem Fall gestattete; da das, wie ich glaube, der erste derartige Fall von Herzfehler ist, der auf einer Universitätsklinik mit Heilgymnastik behandelt worden ist».

«Professor Petersson hat mir freundlichst den Auszug der, über genannte Patientin von Litzén geführten Journal's, zur Verfügung gestellt, und ich führe aus demselben folgendes an»:

Patientin kommt ins Krankenhaus am 5. April 1881. Sie ist 22 Jahre alt, hat keine Kinderkrankheiten durchgemacht oder irgend ein Leiden, das sie ans Bett gefesselt hätte; dagegen ist sie schon von Kindheit auf von Kopfschmerzen, Athemnoth und Herzklopfen geplagt gewesen, was in letzterer Zeit in hohem Grade zugenommen hat. Der um Rath gefragte Arzt hat ihr gesagt, dass sie an einem Herzfehler leide. Die Menstruation begann erst im 20. Jahre, ist sparsam gewesen und mit mehrmonatlichen Pausen, ohne besondere Schmerzen oder Beschwerden. Sie hat nachher im Sommer 1889 oft geschwollene Beine und Füsse gehabt, wobei das Oedem in den Nächten zu schwinden pflegte. Hat Anfang März 1881, nach vorhergegangenen Magensymptomen ziemlich reichliches Bluterbrechen gehabt. Sie suchte ins Krankenhaus zu kommen eigentlich wegen Schmerzen in der Herzgegend und Kreuzschmerzen, welche ihr jahrelange Beschwerden bereitet haben. Sie hat zeitweilig an starker Unruhe und Beängstigungen gelitten.

Zustand den 7. April 1881. Pat. ist von mässig starkem Körperbau, ziemlich gut ernährt und mit ziemlich guter Muskulatur. Der Gesichtsausdruck schlaff und gleichgiltig. Wangen und Lippen cyanotisch. Haut normal, weich und elastisch. Die linke Brusthälfte vorn über der Praecordialregion hervortretend. Die Herzthätigkeit ist stark über der Herzregion zu fühlen, von der 5. bis zur 3. Rippe hinauf, sowie vom linken Sternalrande aus bis zur linken Mamilla. Der Herzstoss im 5. Intercostalraume genau in der Mamillarlinie. Die relative Herzdämpfung geht rechts ungefähr bis zur Mitte des Sternum. Der erste Herzton wird verdeckt durch ein stark Schabendes, blasendes Geräusch, welches am stärksten über dem Sternalende des 4. linken Rippenknorpels zu hören ist, dann über der Spitze, ziemlich stark über dem unteren Theil des Sternum, etwas stärker als hier über der art. pulmonalis, am schwächsten über der Aorta. Der 2. Ton überall rein, 2. Pulmonalton verstärkt. 1. Ton in der Carotis verdeckt durch ein recht scharfes Blasegeräusch, welches auch über der Subclavia zu hören ist; 2. Carotiston undeutlich. Puls von normaler Beschaffenheit, ungefähr 80 Schläge, oder etwas drüber. An den Lungen ist nichts auszusetzen. Leber nicht vergrössert, ebensowenig bei Milz. Urinmenge ungefähr normal, ohne Eiweissgehalt. Temperatur normal. Appetit, Stuhlgang normal, Schlaf gut.

Der subjektive Zustand während des Aufenthaltes im Krankenhause ist wechselnd; oft starkes Kopfweh, Schmerzen im Epigastrium in der Herzgegend und im Kreuz; Mattigkeit; dazwischen Nasenbluten. Sie wurde im April einige Tage lang, da die Pulsfrequenz gestiegen war (ungefähr 100) mit Digitatis behandelt.

Nach dem 4. Mai — Gymnastik: «schwache passive Bewegungen, Rollungen, Knetungen, Hackungen und Streichungen der Arme und Beine sowie über der Herzregion, täglich circa 3/4 Stunde». Die Gymnastik schien ihr gut zu bekommen, sie fühlte sich nachher wärmer und besser im ganzen Körper, leichter im Kopfe und weniger matt. Puls voller und kräftiger, «aber die Bewegungen werden so abgepasst, dass er nicht frequenter wird».

Den 12. Mai bemerkt man, dass der Puls nach den Gymnastikstunden weniger frequent wird und die Cyanose weniger stark als vorher. Nachher täglich steigende Besserung unter der gymnastischen Behandlung: die Schmerzen im Kopf und Rücken verschwanden fast vollständig, und die Patientin verliess den 27. Mai das Krankenhaus zufrieden und bedeutend gebessert. Bei Percussion und Auscultation des Herzens «keine nennenswerthe Veränderung».

Wie lange die gewonnene Verbesserung hier angedauert hat, ist nicht bekannt, jedoch scheint mir der Fall Interesse zu verdienen, weil, wie die Krankengeschichte beweist, die Gymnastik von wesentlichem Nutzen war, und die Besserung wenigstens so lange die heilgymnastische Behandlung dauerte, anhielt.

Lageveränderung des Herzens. Im Jahre 1888 wurde mir von Prof P. J. Wising ein 17-jähr. Mädchen zugeschickt, bei welchem er Dextrocardia diagnosticirt hatte, mit der Hinzufügung, ich solle an ihr die heilgymnastische Behandlung versuchen.

Pat. ist in ihrem ersten Lebensjahr viel krank gewesen; die Athmung ist schwach und erschwert gewesen, und die um Rath gefragten Aerzte sind ziemlich schnell zur Diagnose gekommen, dass sie an einem Herzfehler leide, welcher ihrer

Aussage nach angeboren war. Als sie 9 Jahre alt war, entdeckte ein Arzt, dass das Herz auf der rechten Seite lag.

Prof. Wising vermuthete, dass die Verschiebung des Herzens nach rechts durch eine sehr früh verlaufene linksseitige exsudative Pleuritis entstanden sei, welche später vollständig zurückgegangen sei, während das Herz auf der rechten Seite fixirt blieb. Diese Erklärung scheint mir viel plausibler zu sein, als die Annahme der Dextrocardie als Bildungsfehler, da sich im Uebrigem kein situs inversus vorfand.

Pat. hat sonst, nach den Aussagen der Aerzte, keine Krankheiten durchgemacht, welche die Dextrocardia erklären könnten. Die Percussionsgrenzen des Herzens zeigten (alles auf der rechten Seite):

absolute Dämpfung: hinauf bis zur 2. Rippe, relative Dämpfung bis zur Clavicula.
absolute Dämpfung: nach unten bis zur 5. Rippe, relative Dämpfung bis zur 6. Rippe.
absolute Dämpfung: nach rechts bis zur Mamilarlinie, relative Dämpfung links bis zur Mitte des Sternum; nach rechts wie nach links fand sich eine kleine relative Dämpfungszone, unterhalb welcher die relative Dämpfung in die Leberdämpfung überging.

Beide Herztöne waren deutlich hörbar, über dem ersten ein deutliches Blasegeräusch; da es aber in diesem Fall unmöglich war genau zu bestimmen, wie die einzelnen Herztheile belegen waren, so konnte man natürlich um so weniger bestimmen, wo das Blasegeräusch entstand. Die Lungengrenzen waren normal, ebenso Lage und Grenzen der Bauchorgane.

Herzklopfen und Athemnoth hatten in den letzten Jahren bei der Patientin zugenommen, so dass sie meist gezwungen war still zu sitzen. Sie hat ausserdem im letzten Jahr geschwollene Beine und oft Beschwerden durch Blutwallungen zum Kopf gehabt, wobei sie kalte Hände und Füsse hatte. Als sie mit der Gymnastikbehandlung anfing, war sie sehr anaemisch, hatte schlechten Appetit und schlechten Schlaf; der Stuhlgang war träge aber täglich. Der Urin enthielt kein Eiweiss.

Sie wurde vom 7. bis zum 10. October 1888 ununterbrochen behandelt und erfuhr eine ganz besonders zu Tage tretende und rasche Verbesserung von der Heilgymnastik, so dass sie nach Verlauf dieser 2 Monate in ihr Heim zurückkehren konnte, wie sie selbst sag e, frischer denn vorher; jedoch war sie nicht lange zu Hause gewesen, als eine Verschlimmerung eintrat. Mir gelang es mit Leichtigkeit ihr wie ihren nächsten Angehörigen zu erklären, dass sie einer ständigen Behandlung bedarf. Ihr Vater, der Pfarrer auf dem Lande ist, erlernte es, die nöthigen Bewegungen zu appliciren, und so lange die Behandlung täglich fortgesetzt wurde, war sie nicht nur von allen Symptomen befreit, die ihr vorher ständige Beschwerden bereiteten, sondern sie wurde zu gleicher Zeit eine nützliche und thätige Hausgenossin. Im Herbst 1889 erfuhr ich über sie, «dass es so gut mit ihr stehe, dass die Gymnastik nun überflüssig sei».

Während der nächsten Jahre erfreute sie sich einer relativ guten Gesundheit. Vor Weihnachten 1891 hatte sie sich übermässig angestrengt und hatte am Weihnachtsabend einen schweren «Krampfanfall» im Herzen, «das Herz schlug sehr hart und heftig; alles Blut strömte dorthin, und sie konnte nicht athmen, ohne von schwerer Angst und Schwindel befallen zu werden». Nachdem sie eine Woche zu Bette gelegen hatte wurde der Zustand besser, und kein neuer Anfall trat auf bis Mitte October 1892, nachdem sie eine längere Zeit sich «3 Stunden jeden Vormittag mit Weben beschäftigt hatte, doch ohne sich davon im Geringsten überanstrengt zu fühlen». Die Anfälle wurden nun viel häufiger, kamen dazwischen mehrmals täglich vor, und der Zustand verschlimmerte sich immer mehr, so dass alle vorhergenannten Symptome der insufficienten Herzthätigkeit wiederkehrten. Zu Ende des Jahres 1892 begann man von Neuem Heilgymnastik zu Hause zu gebrauchen und dieses Mal mit Hülfe einer sachkundigen Gymnastin. Dadurch wurde der Zustand so wesentlich gebessert, dass Pat. Ende Januar 1893 wiederum auf geht und sich im Freien aufhalten kann.

«Ich habe diesen Fall etwas ausführlicher beschrieben, theils, weil die Dextrocardie recht selten ist, theils um ein Beispiel für die Nothwendigkeit und den Nutzen ständiger Gymnastikbehandlung zu geben. Es ist bei schweren Herzleiden nicht selten der Fall, dass die nach ein oder zweimonatlicher Behandlung erzielte Besserung nicht lange anhält, weshalb wir auch oft, wie in oben beschriebenen Falle verfahren und jemand aus des Patienten nächster Umgebung belehren, wie er einige Bewegungen machen lassen kann; 5 bis 6 täglich sind oft genügend.

Von Krankheiten des Herzbeutels habe ich mit Heilgymnastik nur einen Fall behandelt, nämlich eine Pericarditis exsudativa bei einem 40-jähr. Mann im Jahre 1886. Er hatte einen sehr schweren und langwierigen Gelenkrheumatismus durchgemacht, mit Erguss in fast alle Gelenke, beide Lungensäcke und schliesslich auch den Herzbeutel. Die Ergüsse traten einzeln zurück, weshalb er sich im Uebrigen wesentlich besserte, und auch das Exsudat in den Lungensäcken fing an zu weichen. Das Exsudat war jedoch noch im Steigen, als die heilgymnastische Behandlung begann, und Pat. war bettlägrig, und es bestand ein geringes Fieber. Regelmässige Massage der geschwollenen Gelenke und cirkulationsbefördernde Bewegungen, wie Rollungen und Muskelknetungen der Extremitäten wurden mit besonderer Berücksichtigung der Pleuritis und Pericarditis angewandt (bröstlyftskakning, hjerthackning och hjertdarrskakning), was merkbar die Resorption des Exsudates beförderte, während sie vorher äusserst langsam vor sich ging. So wie er anfing zu gehen, begann er fleissig mit Brustklopfungen und Respirationsbewegungen. Er erhielt die Behandlung 1—1½ Stunden täglich während 4 Monaten, wonach er völlig hergestellt war.

Krankheiten des Herzmuskels. Herzdilatation kommt oft zusammen mit Klappenfehlern vor. Eine gut geordnete Heilgymnastik kann in solchen Fällen noch mehr, als bei einfachen Klappenfehlern von Nutzen sein, besonders in der Zeit, wo das dilatirte Herz einer grösseren Hülfe bedarf, d. h. während der Herzmuskel hypertrophirt, so dass eine grössere Kraftentwickelung hergestellt und somit die Dilatation compensirt wird. Dass der Herzmuskel hypertrophirt ist eine reine Nothwendigkeit bei der Dilatation und ein Ausweg der Natur, sich selbst zu helfen, oder einen entstandenen Fehler zu regeln. Die cirkulationsbefördernde Bewegungen erleichtern, wie schon früher gesagt, in wesentlichem Grade die Herzarbeit, wodurch die Blutmassen im arteriellen und venösen System gleichmässiger vertheilt werden, und der Blutdruck zu gleicher Zeit mehr normal wird. Die Heilgymnastik compensirt bis zu einem gewissen Grade die Dilatation. Das wird am Besten dadurch bewiesen, dass die venöse Stase und die darauf beruhenden Symptome, welche gewöhnlich einen incompensirten Herzfehler begleiten, durch die Behandlung vermindert oder zum Verschwinden gebracht werden. Ich habe in vielen Fällen gesehen, wie ausgebreitete Cyanose, Athemnoth, Oedem in den Beinen, in einigen Fällen sogar Albumunurie, nach Wochen Gymnastikbehandlung, verschwindet. So war es der Fall bei einem 45-jähr. Mann, den ich in den Sommern 1889 nnd 1890 in Söderköping zu behandeln Gelegenheit hatte. Er erhielt natürlich zu gleicher Zeit auch Bäder, aber diese allein hatten vorher keine Verbesserung bewirken können. Bei Herzdilatation muss man die gymnastische Behandlung etwas differenziren können, so dass man sich der angegebenen Extremitätenbewegungen vorzugsweise bei Dilatation und Incompensation der linken Herzhälfte bedient, dagegen der Respirationsbewegungen bei gleichen Verhalten der rechten Herzhälfte.

Hypertrophie des Herzmuskels. Die Herzhypertrophie ist eine Krankheit, welche die Schulgymnasten und Schulärzte sehr interessirt, da sie nach ihren Beobachtungen oft im Schulalter vorkommt und am häufigsten als Bedingung zur Befreiung von der Schulgymnastik betrachtet wird. Ich habe mich immer gewundert, dass die reine Herzhypertrophie viel häufiger in Stockholm als anderweitig in Schweden vorkommt, aber dank vielfacher Berührung mit den Schulgymnasten habe ich allmählich eingesehen, dass diese es sind, die ihre Ansicht, die Herzhypertrophie sei so allgemein, den Schulärzten beibringen. Es war mir daher eine grosse

Genugthuung die Arbeit F. Lennmalm's «Ueber idiopathische Herzhypertrophie und Herzdilatation» zu lesen, und ich habe Gelegenheit gehabt, die Arbeit in einer Gymnastiklehrerversammlung zu referiren, als die Frage über das Vorkommen der Herzhypertrophie zur Berathung vorgelegt wurde».

«Ich führe aus diesem Referat Einiges an, was ich für werth erachte, auch an diesem Ort zu berühren, da es einige Beachtung verdient sowie weitere Verbreitung unter Aerzten und Gymnasten. Lennmalm sagt:

«Die idiopatische (rein primäre) Herzhypertrophie ist ein Krankheitsbegriff, dessen Berechtigung vielen Disskussionen unterworfen worden ist, und unter dem man im Allgemeinen eine Vergrösserung des Herzens versteht, welche entstanden ist, ohne dass man als Grund hierzu hat irgend eine von den gewöhnlichen, anatomisch nachweisbaren, und wohlbekannten Ursachen finden kann».

«Es ist bekannt, dass die Herzmuskulatur im Verhältniss zu den gesteigerten Ansprüchen, die an sein Arbeitsvermögen gestellt worden, hypertrophirt, jedoch blos unter der Voraussetzung, dass die gesteigerten Ansprüche eine dem Kräftezustande des Organismus, entsprechende Grenze nicht übersteigen, und dass zugleich der Zustand des Organismus ein solcher ist, dass ein Process, wie die Hypertrophie, zustandekommen kann. Dazu gehört, mit anderen Worten, ein völlig frischer Organismus, der eine Herzhypertrophie aufkommen lässt».

«Verfasser giebt ferner eine physiologische Erläuterung über die Grösse des jugendlichen Herzens. Er befasst sich speciell mit den relativ grossen Herzen bei Kindern, besonders im Pubertätsalter und sagt!

«Um das Vorkommen der Herzhypertrophie in diesem Alter zu beurtheilen, muss man sich, vor allen Dingen daran erinnern, dass in den Kinderjahren die Herzspitze in oder nach aussen von der linken Mamillarlinie liegt, so dass, wie Rauchfuss u. a. angiebt, die Spitze eines normalen Herzens bei 10 bis 12-jährigen Knaben 2—3 cm. ausserhalb dieser Linie liegen kann; andererseits, dass das Herz in den Pubertätsjahren ganz bedeutend wächst, so dass es sich, nach Benekes Messungen in diesen Jahren beinahe verdoppelt. Aehnliche Beobachtungen sind von Pitt publicirt. Somit ist in einer gewissen Periode des menschlichen Lebens, nämlich in der Pubertätsperiode, die Herzhypertrophie so zu sagen ein physiologischer Zustand». Ich glaube bemerkt zu haben, dass die Schulärzte im Allgemeinen eine grosse Neigung haben die Diagnose «Herzhypertrophie» zu stellen, und ihr Entstehen auf Rechnung der Schulgymnastik zu schreiben. Es ist aber rein unmöglich nach einfacher Percussion und Bestimmung der Lage des Herzens, eine solche Diagnose zu stellen, wenn man nicht bei regelrechter Auscultation auch andere diagnostische Methoden zu Hilfe nimmt».

«Die pädagogische Gymnastik nach Ling's System scheint mir doch wohl sehr selten das etiologische Moment für diese Form von Herzfehler auszumachen, am allerwenigsten, wenn die Gymnastik nach den Vorschriften, welche für unsere Schulen gelten, geleitet wird; dagegen können viele der jetzt so lebhaft aufgenommenen und fleissig betriebenen Sportsübungen leicht die Veranlassung zu einem Herzfehler geben. Das gilt, meiner Ansicht nach, besonders vom Schlittschuhlaufen, Velociped- und Stossschlittenfahren, besonders, wenn dasselbe zum Zweck von Preislaufen in übertriebener Weise geübt wird. Untersuchungen des Herzens sind, unmittelbar nach Preisrennen nicht gemacht worden, jedoch glaube ich, dass die Folgen der Ueberanstrengung nicht ausbleiben, wenn sie sich auch nicht sogleich bemerkbar machen. Ich halte dafür, dass ein jeder Arzt, den die Gesundheit der Kinder und Jünglinge anvertraut ist, allzeit von der Betheiligung an den allzu oft kommenden, Preisrennen abtreten muss. In der medicinischen Literatur kennt man nämlich eine Menge Fälle von idiopatischer Herzvergrösserung. Lennmalm führt solche Fälle in seiner Arbeit an, und ich verweise die, sich für diese Sache Interessirenden, auf die von ihm genannten Verfasser, Seitz[4]), Leyden[5]) u. a. m welche Krankheitsfälle betrachtet haben, bei denen die Richtigkeit der Diagnose durch die Obduktion bekräftigt worden ist».

«Lennmalm hat selbst einen Fall von grossem Interesse beobachtet, der vorher nicht publicirt worden ist».

Akute Herzdilatation beruhend auf akuter Ueberanstrengung.

Ein 30-jähriger starker und frischer Mann (Soldat) wurde auf einer Reise mit Pferd und Schlitten im März 1888 von einem grimmigen Schneesturm überrascht. Der Schnee fiel in solchen Massen, dass das Pferd den Schlitten nicht vorwärts ziehen konnte. Der Mann musste, um vorwärts zu kommen, vor dem Pferde im Schnee einen Weg eintreten und nachher beide, Schlitten und Pferd meist selbst fortziehen. Er strengte sich aufs Aeusserste an und legte auf diese Art eine Meile Weges in 6 bis 7 Stunden zurück. Ueberwältigt von Müdigkeit gelangte er so endlich in sein Heim. — Einen Tag darauf zeigten sich bei der Untersuchung folgende Symptome. Patient fühlt sich äusserst matt und schwach und kann nur mit grösster Anstrengung gehen. Die Lippen etwas cyanotisch. Die Respiration ist keuchend und sehr beschleunigt. Er klagt über Athemnoth, Gefühl von Druck in der Brust und Schmerzen in der Herzgegend. Die Herzdämpfung ist in die Breite stark vergrössert und erstreckt sich vom rechten Sternalrande bis zur linken Mamillarlinie. Ein Herzimpuls ist weder zu sehen noch zu fühlen. Der Puls ist hastig, 110 bis 120 Schläge in der Minute, etwas unregelmässig, klein und sehr schwach. Bei der Auskultation hört man die Töne überall schwach und dumpf, ohne besonderen Klang; bisweilen bleibt einer oder der andere Ton aus; kein Blasgeräusch zu hören.

Unter guter Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten, wie es aber in weiterer Zeit mit seinem Herzen gestanden hat, ist unbekannt.

Es ist klar, dass die, vorher schon oft genannten, passiven Bewegungen der Heilgymnastik, welche die Herzarbeit erleichtern, einen entsprechenden Einfluss bei der idiopatischen Herzhypertrophie ausüben müssen. Bei den Herzpatienten welche jährlich im Institut behandelt werden, ist die Diagnose Herzhypertrophie durchschnittlich in 5% der Fälle gestellt worden. Alle diese sind, nach ein- oder zweimonatlicher heilgymnastischer Behandlung von den Symptomen des Herzklopfens und der Athemnoth befreit worden». «Die Ursache, warum ich dafür halte, dass die Diagnose Herzhypertrophie nicht allzu leicht gestellt werden darf, ist die, dass, bei Mitwissen des Patienten, in ihm für alle Zukunft die Auffassung bestehen bleibt, dass er einen Herzfehler habe. Das gilt übrigens von jeder Diagnose, wo das Herz in Frage kommt, und das Eigenthümliche ist, dass die meisten, um nicht zu sagen alle, Menschen demjenigen mehr glauben, der ihnen einen Herzfehler zuspricht, als demjenigen, der sie davon freispricht; auch selbst dann, wenn Ersterer medicinisch ungebildet und Letzterer eine medicinische Autorität ist. Anschliessend an das eben Gesagte will ich bemerken, wie unrichtig es ist, dass nicht medicinisch gebildete Gymnasten sich bei ihren Untersuchungen des Stetoskops bedienen, da sie doch faktisch niemals Unterweisung im Auscultiren erhalten haben, und daher keine Ahnung über die Benutzung dieses Instrumentes besitzen. Jeder Arzt weiss, wie schwer es oftmals ist, die auskultatorischen Phenomene zu deuten, ungeachtet der ausgezeichneten Unterweisung, die er in der physikalischen Diagnostik erhält, und ungeachtet der ständigen Uebung, die ein Arzt in der Auskultation hat».

[3]) Upsala läkareförenings förhandlingar. 1888. Bd. XXIII, 6 und 7.

[4]) Die Ueberanstrengung des Herzens. Berlin, 1875.

[5]) Die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Berlin 1886.

Herzverfettung entsteht, wie bekannt, durch Vermehrung und Ausbreitung des Fettes, das sich normal am Herzen findet. So stehen die Verhältnisse bei den meisten Personen, welche an allzu grossem Wohlleben in Speise und Trank, und in Folge dessen an allgemeiner Fettsucht leiden. Sie beklagen sich über Herzklopfen, welches scheinbar ohne jegliche Ursache entsteht, d. h. ohne vorhergegangene Körperanstrengung, nicht selten nach den Mahlzeiten, oftmals während der Nacht und immer im Verein mit schwerer Athemnoth, dazwischen ähnlich einem asthmatischen Anfall. Wenn man solche Symptome vorfindet und ein anderer Herzfehler ausgeschlossen werden kann, so ist die Durchführung einer Gymnastikkur berechtigt, einerlei, ob die physikalische Untersuchung bestehende Herzverfettung ergiebt, oder nicht; die Diagnose Fettherz wird nämlich allzu oft gestellt, ganz wie die Diagnose Herzhypertrophie; so stehen wenigstens die Verhätnisse in Schweden».

«In schwereren Fällen von Herzverfettung beginnt man bei Behandlung mit überwiegend passiven Bewegungen, geht aber so schnell als möglich zu den aktiven, hier stärkeren und anstrengenderen Bewegungen, als bei anderen Herzleiden, über, wenn es überhaupt eine Berechtigung hat, durch aktive Bewegungen die Herzthätigkeit zu erhöhren, so ist dieses ganz besonders bei Herzverfettung der Fall. Wenn man hierbei noch die lokale Herzbehandlung anordnet, so wird man schon gleich beim Beginn der Behandlung finden, dass die Herzthätigkeit gleichmässiger und kräftiger wird. Ich habe vorher ausgesprochen, dass es bei Herzverfettung von Nutzen ist die Oertelkur anzuwenden, doch ist sie immerhin an und für sich allzu einseitig, und kann überhaupt in schwereren Fällen nicht angewandt werden; in solchen lässt sich durch die Combination von passiven und aktiven heilgymnastischen Bewegungen, in jeden einzelnen Fall sehr genau die Arbeit abwägen, die der Patient auszuführen hat, und auf diese Art wird das gewünschte Resultat erzielt. Anerkennen muss man jedoch, dass in günstigen Fällen die Oertelkur die gymnastische Behandlung mächtig unterstützt, nicht blos durch die Verordnung des Gehens und Bergsteigens, sondern recht bedeutend auch durch die von Oertel im Verein mit ihr angeordneten Trockenkur, da, wenn Patienten mit Herzverfettung nicht gleichzeitig auch diätetische Vorschriften beobachten, die Heilgymnastik allein nicht ausreicht. Die gymnastische Behandlung muss jedoch noch längere Zeit nach dem Aufhören der Abmagerungskur fortgesetzt werden, um die geschwächte Herzmuskulatur zu stärken. Diese Nothwendigkeit geht, deutlich aus Folgendem hervor: bei Personen, welche eine Abmagerungskur durchgemacht haben, habe ich beobachtet, dass das Herz eine Zeit nachher an Volumen bedeutend reducirt erscheint und zu gleicher Zeit seinen normalen Tonus einbüsst; dabei findet man durch Placirung des Patienten in verschiedene Lagen, dass das Herz auf die abhängige Seite hinüberfällt, so dass man in den verschiedenen Lagen deutlich verschiedene Percussionsgrenzen erhält.

«Ein Bewegungsschema mag hier bei Herzverfettung mitgetheilt werden»:

1. Sitzende Brustspannung.
2. Halbliegende Kniebeugung- und Streckung.
3. Stützstehende Rückenhackung.
4. Klaftersitzende Armdrehung.
5. Halbliegende Beinausstreckung.
6. Stehende Brustklopfung unter 2 Armheben.
7. Sitzende Armrollung, oder Unterarmbeugung und Streckung.
8. Hochreitsitzende Rumpfrollung.
9. Halbliegende Herzhackung und Klopfung.
10. Sitzende Brustspannung.

Nach jeder Uebung «stehende 2 Armhebung. Bei sehr schwachen Patienten kann man in den ersten Tagen dieselbe Behandlung anwenden, wie sie bei den Klappenfehlern angeführt ist».

«Chronische Entzündung in der Herzmuskulatur. Obgleich es äusserst schwer, in vielen Fällen nahezu unmöglich ist, eine Diagnose auf chronische Myocarditis zu stellen, so führe ich doch auch diese Krankheit hier an, theils, weil sie doch oft vorkommt, theils, weil sie schon früher in den Handbüchern der Heilgymnastik angeführt worden ist, z. B. bei Hartelius und Nebel.

Die Symptome bei der chronischen Myocarditis wechseln so zu sagen ins Unendliche, aber die charakteristischen sind Herzklopfen im Verein mit, gewöhnlich zur linken Seite hin ausstrahlenden Schmerzen in der Herzgegend; ferner sehr schwache und unregelmässige Athmung, so dass der Patient in seiner Rede nach den kleinsten Sätzen abbrechen muss; nach den geringsten Körperanstengungen, wie z. B. nach einigen Schritten, tritt Athemnoth ein, so dass solche Patienten immer fast stehen bleiben müssen, um zu athmem und zu husten, zumal ein Bronchialcatarrh diese Krankheit stets begleitet. Venöse Stase in den Bauchorganen ruft ausserdem fast in jedem Fall Digestionsstörungen hervor».

«Da die Krankheit bei älteren Leuten, gewöhnlich bei Männern vorkommt, so will man mit der Heilgymnastik eine mehr symptomatische als kurative Wirkung erzielen; wenn man auch blos Linderung der Symptome erreicht, so ist damit schon viel gewonnen; und dass das wirklich oft der Fall ist, beweisen die so vielen Patienten, die Jahr ein Jahr aus unser gymnastisches Institut besuchen, um Hilfe für ihr «alterschwaches Herz» zu finden. In sehr vielen Fällen habe ich auch eine andauernde Verbesserung aller obengenannten Symptome gesehen, obgleich die Behandlung nur ein oder zwei Monate in jedem Jahr fortgesetzt wurde. Die Wirkung der Heilgymnastik kann somit in vielen Fällen länger andauern, als die Behandlung selbst».

«Um die venöse Stase in den Lungen zu mindern wendet man reichlich die Respirationsbewegungen an, speciell die Brusthebschüttelung wird besonders gut vertragen. Gegen Stase im Digestionsapparat braucht man die Magenknetung. Die Behandlung kann übrigens, wie bei den Klappenfehlern angegeben, durchgeführt werden.

«Atheromatöse Veränderungen der Coronararterie des Herzens ist eine nicht ungewöhnliche Krankheit und eine nicht ungewöhnliche Ursache eines plötzlichen Todes. Die Symptome gleichen den bei der chronischen Myocarditis angeführten, obgleich die Athmung bei erstgenannter Krankheit wo möglich, noch mehr erschwert, der Puls noch schwächer, unregelmässiger und intermittirender, mit einem Wort, die Herzthätigkeit noch mehr insufficient ist. Bei Beobachtung dieser Symptome kann die Coronarsclerose vermuthet, aber selten mit Sicherheit gestellt werden. Die Behandlung ist auch hier eine symptomatische und dieselbe wie bei der Myokarditis.

Herzneurosen kommen recht oft vor, und die verschiedensten Formen derselben werden in den medicinischen Handbüchern besprochen, die gewöhnlichste Form ist wohl

das nervöse Herzklopfen, womit man eine mehr zufällig vorkommende, beschleunigte und auch verstärkte Herzthätigkeit meint, welche mit zeitweilig normaler abwechselt, ohne dass man irgend welche organische Veränderung am Herzen entdecken kann. Nicht selten kommen solche Herzklopfen zusammen mit Hysterie oder Neurasthemie vor, oder es liegt denselben irgend eine andere Krankheit zu Grunde.

Intermittirende Herzthätigkeit tritt theils nach körperlicher oder Respirationsüberanstrengung, theils nach Nikotinvergiftung, auf, und äussert sich darin, dass die eine oder die andere Herzcontraction und folglich auch ein oder der andere Pulsschlag ausbleibt, wobei dazwischen Schmerzen in der Herzgegend verspürt werden. Diese Krankheit hat keine grössere Bedeutung. Viele Menschen leiden an intermittenter Herzthätigkeit, ohne das geringste Unbehagen dabei zu fühlen.

Herzneurose kann sich ferner äussern als:

Nervenschmerz im Herzen, charakterisirt durch paroxysmaartige Anfälle, die, von der Herzgegend oder vom unteren Theil des Brustbeines ausgehend, längs den Nervenbahnen als stechende, bohrende, brennende Schmerzen ausstrahlen. Solche Schmerzanfälle treten ohne jegliche Veranlassung auf, oft gerade beim Einschlafen am Abend. Der Anfall wird eingeleitet oder begleitet von Ueblichkeit. Schwindel, Ohrensausen, Augenflimmern, Stechen und Ameisenkriechen in der Haut u. s. w. Sehr oft folgen dem Anfall heftiges Herzklopfen, Athemnoth und Krampf; das dauert Minuten oder Stunden und ist begreiflicherweise sehr quälend. In den meisten Fällen liegen wohl den sog. Nervenschmerzen im Herzen krankhafte Veränderungen im Myocardium oder in den Coronararterien zu Grunde, obgleich diese Veränderungen schwer zu diagnosticiren sind. Man hat keine Berechtigung zu hoffen, dass die Gymnastik bei dieser sog. symptomatischen Form irgend welchen sonderlichen Nutzen bringen könnte, da die Prognose in jedem Fall eine sehr schlechte ist. Liegt dagegen Hysterie, oder eine ähnliche Krankheit, der Stenocardie zu Grunde, so ist die Prognose eine bessere.

Die Basedow'sche Krankheit wird auch zu den Herzneurosen gerechnet. Sie kennzeichnet sich durch stark beschleunigte Thätigkeit des Herzens, Anschwellung der Schilddrüse und Heraustreten der Bulbi aus den Augenhöhlen. Die beschleunigte Herzthätigkeit steht selten mit organischen Veränderungen im Herzen in Zusammenhang.

Auch gegen alle diese Herzneurosen wird die Heilgymnastik angewandt aber für gewöhnlich ist sie nicht im Stande hier mehr auszurichten, als andere Mittel, sobald das Grundleiden nicht erkannt und in Angriff genommen werden kann.

Wenn man mit Zuversicht annehmen kann, dass ein Herzfehler der Neurose zu Grunde liegt, so ordnet man die Behandlung mit Berücksichtigung desselben an. Bei nervösem Herzklopfen oder aussetzender Herzthätigkeit habe ich von schwachen Wiederstandsbewegungen, oder ab und zu auch von freistehenden aktiven Bewegungen Nutzen gesehen, ebenso von der Oertelkur.

Bei der Basedow'schen Krankheit habe ich in einem Theil der Fälle gar keinen Nutzen von der Heilgymnastik gesehen; auch wenn man ganz schwache passive Bewegungen gebraucht, hat es mir zuweilen geschienen, als ob dieselben nicht gut vertragen werden. Hierbei ist jedoch immer zu berücksichtigen, dass, wenn solche Patienten mit Herzneurosen nicht sofort Linderung in ihren Symptomen erfahren, sie die Behandlung sehr schnell abbrechen, und dass es daher sehr schwer ist, die Wirkung derselben zu beurtheilen. In anderen Fällen wiederum scheint die Heilgymnastik auch bei der Basedow'schen Krankheit Nutzen zu bringen, in Sonderheit, wenn ein wirklicher Herzfehler vorliegt. Bei einigen Patienten mit dieser Krankheit, welche an ausgebliebener Menstruation litten trat merkbare Besserung ein, da die Menstruation in Folge der Heilgymnastik in Gang kam.

Auch langsame und leichte Effleurage des Halses und Cirkelstreichung der Augen habe ich in einigen Fällen versucht, wie es schien, mit Erfolg.

Aneurysmen der Aorta werden von Hartelius unter die Krankheiten gerechnet, welche man mit Heilgymnastik behandeln kann. Da man hierbei wohl viel riskirt, so scheint mir der beste Rath, den man Aneurysmapatienten geben kann, nicht Heilgymnastik zu treiben. Sollte sie jedoch angewandt werden, so muss man sich mit Muskelknetungen der Extremitäten, Hand- und Fussrollungen und möglichst kleiner Brusthebung beschränken. Alle anderen Arm- und Rumpfbewegungen, besonders Hackung und Klopfung müssen vermieden werden. Auf diese Art habe ich in zwei Fällen die Behandlung durchgeführt — auf Wunsch der Aerzte. Die Patienten erfahren von der Behandlung Linderung und kein Unbehagen erfolgte darauf. Beide starben jedoch nach einiger Zeit im selben Jahr eines plötzlichen Todes. Wer die Geduld gehabt hat diese Beschreibung der Herzkrankheiten bis zum Schluss zu lesen mag möglicherweise aus meiner Darstellung die Auffassung gewonnen haben, dass ich die Bedeutung der Heilgymnastik bei der Behandlung von Herzkrankheiten einen zu grossen Werth beigelegt habe; jedoch bitte ich hier zu berücksichtigen, dass ich jährlich circa 100 Herzpatienten zur Behandlung habe, und nahezu in jedem Fall Nutzen von dieser Behandlung gesehen habe. Gewinnt man kein Resultat der Heilgymnastik, so wage ich zu behaupten, dass die Behandlung, was die Dauer jeder einzelnen Seance oder der ganzen Kur in Monat oder Jahr anbetrifft, nicht lange genug durchgeführt ist, vorausgesetzt natürlich, dass sie richtig angeordnet und geleitet wird.

«Einige Krankheiten des Gefässsystems, bei welchen Heilgymnastik angewendet werden kann, mögen in Kürze auch genannt sein».

«Nasenbluten ist schon seit Alters her von der Ling'schen Schule mit Nasenrückenschüttelung und anderen Bewegungen behandelt worden, welchen man eine ganz specifische Wirkung bei diesem Leiden zuschrieb. Da Nasbluten gewöhnlich nur ein Symptom irgend einer anderen Krankheit ist, so muss man in jedem Fall erst nach der Krankheitsursache forschen. Ich glaube daher, dass es in jedem Fall das Beste ist, einen Specialisten um Rath zu fragen, bevor man zur Behandlung schreitet. Beruht das Nasbluten auf einem Herzfehler, so kann man mit grösster Hoffnung auf Erfolg die Behandlung, wie bei Herzleiden anordnen, ohne dass man die sogenannten specifischen Bewegungen braucht, die in einzelnen Fällen mehr Schaden als Nutzen stiften. Einen Fall, der auch ein gynäkologisches Interesse hat, will ich hier anführen. Ich kann übrigens hierbei auf einen früher herausgegebenen Aufsatz hinweisen [6])».

Herzfehler und Nasbluten bei einem 15-jährigen Mädchen.

Sie hatte das Nervenfieber in ihrem 6. oder 7. Jahre und auch das rheumatische Fieber in frühester Kindheit gehabt, wonach Herzfehler, insuff. valvul. mitralis, diagnosticirt wurde. Im Jahre 1887 litt sie am Feitstanz und wurde dagegen mit Heilgymnastik behandelt, worauf Besserung eintrat. Sie ist stark und wohlgebaut, hat ein frisches Aussehen, fühlt sich aber kraftlos, matt und müde. Sie hat oft Nasbluten gehabt, besonders nach dem Herbst 1889. Die Menstruation begann in Herbst 1890; die Regel waren unregelmässig, sehr reichlich und frequent, kehrten alle andere oder dritte Woche wieder und dauerten eine ganze Woche. Sie begann den 16. December 1891 Notizen über ihr Nasbluten zu führen, da sie es diesen Tag so andauernd und reichlich hatte, dass man endlich daran zu denken begann, etwas dagegen zu thun. Das Nasbluten stellte sich auch den 17, 18 und 19. December ein, den letztgenannten Tag nicht weniger als drei mal. Sie war nachher davon frei den 23. Dec., wo die Blutung ununterbrochen 2 Stunden andauerte.

Dr. C. Häggström, rieth darauf zur Heilgymnastik, mit welcher sofort begonnen und bis zum 22. April 1891 fortgesetzt wurde. Sie hatte kein Nasbluten gehabt vom 23. Dec. 1890 bis zum 18. April 1891. Die Blutung begann von Neuem den 18. und 19. ausserdem während mehrere Tage der letzten

[6]) Sjukgymnastik vid nasblödning, af Dr. A. Wide. Tidskrift i Gymnastik, Stockholm 1891.

Woche des April, war jedoch der Quantität nach sehr unbedeutend, dauerte nur kurze Stunden an und trat nie mehrere Mal an demselben Tage auf. Als triftige Erklärung für das Wiederauftreten des Nasblutens muss angeführt werden, dass sie in dieser Zeit einen tiefen Kummer durch den Tod ihrer Mutter erlitt. Nach dem 1. Mai 1891 hat sie kein Nasbluten mehr gehabt. Etwas, was in diesem Fall hervorgehoben zu werden verdient, ist das Verhalten ihrer Menstruationen, über welche sie auf meinen Wunsch einige Notizen geführt hatte. Die Menstruation stellte sich ein:

	den 2. December 1880.		
	» 19. Januar 1891	Zwischenzeit	= 47 Tage.
	» 24. Februar	» »	= 36 »
	» 8. April	» »	= 43 »
und	» 3. Mai	» »	= 33 »

Die Zwischenzeit wurde also gleich nach Beginn der Behandlung eine längere; die Menstruation stellte sich vorher, wie schon bemerkt, alle andere oder dritte Woche ein; sie währte vorher eine ganze Woche, nach Beginn der Behandlung 3, höchstens 4 Tage, somit eine ganz wesentliche Veränderung zum Besseren und Normalen. Gleichzeitig verschwand das Müdigkeitsgefühl, die Kräfte stiegen und das Allgemeinbefinden verbesserte sich».

«Die Folgen der Venenthrombose wurden auch erfolgreich mit Massage und Heilgymnastik behandelt, jedoch erfordert die Behandlung hier ein äusserst vorsichtiges Zuwegegehen, so dass sie wohl schwerlich von jemand Anderem, als einem specialistisch gebildeten Arzt ausgeführt werden darf. Man muss hier, einerlei durch welche Krankheit der Thrombus entstanden, versuchen, die Symptome der ödematösen Anschwellung der Schwere und Müdigkeit zu heben, wie auch die damit verknüpfte Schwierigkeit, die angegriffene Extremität zu gebrauchen. Auch in der Frage der Behandlung der Venenthrombose weise ich denjenigen, den es interessirt auf einen früher veröffentlichten Aufsatz [7]). Ich führe aus demselben hier einen Fall an, bei dem ausschliesslich Heilgymnastik angewandt wurde.

32-jährige unverheirathete Dame. Behandelt im Mai und Sep. — Okt. 1890.

Sie ist von ihrem ersten Lebensjahr an sehr schwach entwickelt, mager und schmächtig gewesen. Schon in frühester Kindheit merkte ihre nächste Umgebung, dass ihre Wangen eine eigenthümliche blaurothe Färbung hatten, obgleich sie im Uebrigen kein besonderes blühendes Aussehen hatte. Sie hat gegenwärtig einen organischen Herzfehler (stenosis c. insuff. valv. mitr.) und aus der Anamnese und den vorhandenen Herzsymptomen geht ziemlich deutlich hervor, dass ihr Herzleiden ein congenitales ist. Die meisten Herzsymptome verschlimmerten sich seit dem Jahre 1885, als sie die Leitung eines Milchgeschäftes übernahm und schwere Arbeiten verrichten musste. Irgend welche schwerere Krankheit hat sie nicht durchgemacht, sich aber beständig schlecht gefühlt und an Athemlosigkeit gelitten.

Vor einigen Jahren hat sie an Gefässrupturen an den Beinen, besonders am linken Oberschenkel gelitten. Mitte März 1890 wurde sie ohne vorhergegangene Krankheit bettlägrig, da sie schwere Erstickungsanfälle hatte, wenn sie sich erheben wollte. Im Uebrigen fühlte sie kein Unwohlsein, so lange sie vollkommen ruhig lag. Nachdem sie eine Woche gelegen hatte, entstand plötzlich in einer Nacht ein stechender Schmerz im Herzen, begleitet von gefährlicher Athemnoth, zugleich auch äusserst starke Schmerzen im linken Bein. Das ganze Bein war auf Berührung sehr schmerzhaft, am meisten jedoch oben gegen die Schamleiste hin. Sie konnte sich vor Schmerzen nicht wenden noch rühren. Der hinzugerufene Arzt diagnosticirte einen Trombus in der vena femoralis und sie erhielt die entsprechende Behandlung. Die Schmerzen dauerten blos eine Nacht, die Empfindlichkeit blieb mehrere Wochen. Die Schwellung blieb nur um das Fussgelenk herum, so lange sie zu Bette lag, verbreitete sich jedoch über das ganze Bein, als sie versuchen sollte zu gehen, womit 5 Wochen nach dem Auftreten des Trombus angefangen wurde. Ohne dass sich die Schwellung im linken Bein vermehrte, entstand auch im rechten Bein ein Trombus, jedoch viel gelinder. Sie musste jedoch aufs Neue ein paar Wochen das Bett hüten. Als sie zum zweiten Mal anfing aufzugehen, gelang das nur mit äusserster Schwierigkeit, in Folge von Herzklopfen und Athemnoth, Schwere und Steifheit in den Beinen und schliesslich in Folge der stark mitgenommenen Kräfte. Jetzt kam sie unmittelbar unter meine Behandlung. Massage konnte natürlich, so schnell nach Entstehen des Trombus nicht in Frage kommen, dagegen schienen wir für sie kleine passive Bewegungen keine grössere Gefahr zu haben als das Gehen. Sie wurde damals nur die 2 ersten Wochen des Mai behandelt, und wurde die Behandlung ausgeführt als Fussrollung, Armrollung (sitzend und im Gehen), Rumpfrollung, Spaltrollung, lokale Herzbehandlung und noch jeder dieser Bewegungen-Brusthebung.

Selten oder niemals habe ich eine so schnelle und allgemeine Besserung so vieler schwerer Symptome nach einer zweiwöchentlichen Behandlungsdauer gesehen.

Die Herzthätigkeit verbessert sich, die Athemnoth wurde geringer, das Gehen leichter und sie fühlte sich frisch. Der Grad der positiven Besserung ist am deutlichsten daraus ersichtlich, dass sie schon den ersten Juni eine Verkäuferinnenstelle in einem Milchgeschäft antreten konnte, wo es doch recht grosse Gewichte zu heben galt und sie beständig Milchdampf einathmen musste. Sie konnte diese Stellung den ganzen Sommer 1890 bekleiden. Eine Verschlimmerung trat jedoch im Juli in sofern ein, als ihr rechtes Kniegelenk anfing steif zu werden, wobei das Bein unterhalb des Kniegelenks anschwoll, so dass sie eine Bewegung im Kniegelenk schwer ausführen konnte. Jedoch konnte sie die ganze Zeit gehen.

Sie begann mit der Behandlung aufs Neue im September 1890 — hauptsächlich gegen ihren Herzfehler. Sie hat gegenwärtig keine Schwellung der Beine und keine Schmerzempfindung auf Druck, wenn sie sich aber bewegen soll, hat sie beständig ein eigenthümliches Strammen und Zerren in der Schamleiste, an der Stelle, wo der Trombus sitzt. Ihr Herz ist sehr unruhig und unregelmässig, jedoch fühlt sie gegenwärtig keine Schmerzen in der Herzgegend, sondern allgemeines Wohlbefinden, während sie die Behandlung fortsetzt und sich gleichzeitig nicht zu sehr anstrengt.

Diesen Fall kann man, glaube ich, sicherer als irgend einen anderen als marantische Trombose diagnosticiren, da der Trombus ohne vorhergegangene Krankheit entstand und dabei während die Patientin zu Bette lag.

Sie schloss die Behandlung den 1. Okt. 1890 ab, um aufs Land zu gehen. Im Anfange des Jahres 1891 erfuhr ich, dass sie gestorben sei. Todesursache unbekannt.

Von chronischer Phlebitis habe ich einen besonders schönen Fall behandelt, der bisher noch nicht beschrieben worden ist und den ich daher kurz anführen will.

Von Dr. S. Lovin wurde mir 1885 eine 40-jährige Nährerinn zugeschickt, mit dem Vorschlag, ich sollte an ihr Massage und Heilgymnastik versuchen. Sie hatte 20 Jahre hindurch ununterbrochen ihre Nähmaschine getreten, bis es ihr nun schliesslich unmöglich wurde damit fortzufahren. Der ganze linke Unterschenkel war bedeutend angeschwollen, mit ausgebreiteten intensiv schmerzenden phlebitischen Verhärtungen unter der Haut, wie auch in tieferliegenden Geweben. Sie konnte nur mit grösster Schwierigkeit gehen und sich aufs Bein stützen, war aber im Uebrigen vollkommen frisch. Sie erhielt Massage in Form von wässriger aber andauernder Effleurage über das ganze Bein hinweg, ausserdem Fuss- und Beinrollungen, wie auch die gewöhnlichen Wiederstandsbewegungen für die unteren Extremitäten. Schon nach einigen Wochen fühlte sie sich besser und konnte wieder mit der Arbeit beginnen; nach 6-monatlicher täglicher Behandlung fühlte sie sich vollkommen gesund. Eine beständig angelegte Jägertricotbinde wurde von Beginn der Behandlung, wie auch nach Schluss derselben angewandt.

«Warum die Haemorrhoiden und ihre Behandlungsweise für gewöhnlich bei den Krankheiten des Digestionsapparates angeführt werden, will ich hier ganz kurz erklären. Wie bekannt, wurde den Haemorrhoiden früher grosse Aufmerksamkeit in der medicinischen Therapie geschenkt. Jetzt würdigt man sie derselben wenig oder gar nicht, obgleich sie ein recht gewöhnliches und recht beschwerliches Symptom bei einer ganzen Menge von Krankheiten der Visceralorgane sind, begleitet von erschwerter Cirkulation und allgemeiner Stase, ferner bei, von verschiedenen Ursachen abhängender Obstruction u. s. w.»

«Hartelius sagt von den Hämorrhoiden, «es sei ganz gewöhnlich, dass man bei dieser Krankheit seine Zuflucht in der Heilgymnastik sucht».

«Bei der Behandlung der Hämorrhoiden bedient man sich mit Vortheil eines Stabes von hartem Holz, Horn oder ähnlichem Material, 3—4 cm. im Durchmesser. Das halbkugelförmig abgerundete Ende des Stabes placirt man gegen die Analöffnung, wobei man einen ständigen Druck ausübt und kleine cirkuläre Streichungen, abwechselnd mit Erschütterungen, rund um den Anus aus-

7) Massage och gymnastik sarom efterbahandling vid ventromb. af Dr. A. Wide. Tidskrift i Gymnastik. Stockholm. 1890.

führt. Die Analmassage (Sphincterstreichung) braucht nicht auf blosser Haut ausgeführt zu werden, sondern über dem Hemde oder einem anderen dazwischenliegenden Stoffe z. B. einem Handtuch. Die meisten Patienten können nach Anweisung diese Behandlung mit Leichtigkeit selbst ausführen. Dass die etwaigen Hämorrhoidalknollen vor Beginn der Behandlung in den Darm geführt werden müssen, brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Die Wirkung der Analmassage kann erklärt werden, dass die varicös erweiterten Venen, welche durch im Darm angehäufte Kotmassen oberhalb comprimirt werden und mit Blut gefüllt stehen, ein rein mechanisches Hinderniss in ihrer Entleerung erfahren; durch die Behandlung werden sie allmählich, ausgedrückt und kehren zu ihrer normalen Grösse zurück, wobei zugleich neue Blutmassen sie durchströmen und einen restituirenden Einfluss ausüben».

«Da meines Wissens sich in der Literatur kein einziger einschlägiger Krankheitsbericht angeführt findet, und ich in vielen Fällen die zutagetretende Wirkung der Heilgymnastik bei Hämorrhoiden gesehen habe, so fühle ich mich veranlasst, einen Fall hier etwas ausführlicher zu beschreiben».

Ein 70-jähriger Mann war stets gesund und kräftig gewesen, bis ihn in seinem 68 Jahre ein schwacher apoplectischer Anfall traf, welcher nach wenigen Tagen zurückging, ohne irgend welche schwerere Folgen zu hinterlassen. Im Herzen hört man keine Geräusche, aber schwache und unregelmässige Herzthätigkeit, die atheromatöse Veränderungen vermuthen lässt. Er hat nach dem Anfall recht oft an Schwindelanfällen gelitten. Die Milz ist leicht palpabel und hart anzufühlen, gross und leicht verschiebbar. Appetit gut und keine Zeichen einer Indigestion, jedoch ist der Stuhlgang träge, welchem Uebel durch tägliche Magenknetung abgeholfen wird. Da die Verstopfung nach dem apoplectischen Anfall auftrat, so mag wohl der atonische Zustand des Darmes dieselbe bewirkt haben. Er wurde bereits 2 Jahre mit Heilgymnastik behandelt, ohne dass man seinen Hämorrhoiden, an welchen er schon seit jungen Jahren litt, irgend welche Aufmerksamkeit geschenkt hatte, obgleich er unter wechselnder Besserung und Verschlimmerung, nie frei von diesem Leiden gewesen war. Nach dem apoplectischen Anfall werden sie, wahrscheinlich in olge der Darmatonie noch schlimmer. Als die Behandlung der Hämorrhoiden im Herbst 1887 begann, hat Patient mehre mandelgrosse Knollen um den Anus herum und varicöse mehr innere Anschwellungen, mit allen begleitenden beschwerlichen Symptomen. Er bekam 6 Monate lang täglich Analmassage, obgleich er schon nach 3 oder 4 Monaten frei von seinen Hämorrhoiden war, diese Behandlung brachte aber das Gute mit sich, dass er in den folgenden 5 Jahren nie von Hämorrhoiden belästigt wurde. Er hatte aber auch, um seine Herz- und Darmthätigkeit in gutem Stande zu erhalten, jedes Jahr 7 bis 8 Monate lang Heilgymnastik getrieben und diese Behandlung hat auch indirect gegen die Hämorrhoiden einen grossen Einfluss gehabt. Selbst ist dieser, sehr intelligente Patient davon durchdrungen, dass er es nur der Heilgymnastik verdanke, dass er, nach vollendetem 76. Lebensjahr seine recht anstrengende, 5-stündige Kontorarbeit täglich fortsetzen kann.

«Obgleich man sagen kann, dass die Analmassage einen nachweisbaren directen Einfluss auf die Hämorrhoiden hat, so muss diese Wirkung doch von der Magenknetung unterstützt werden, um vorhandene Obstruction zu heben, ebenso von ableitenden Beinbewegungen, um die venöse Stase, im Becken im Allgemeinen und folglich auch in den dilatirten Hämorrhoidalvenen, zu vermindern. Hierbei sind unter den passiven Bewegungen Kreuzbeinpochung und Beinrollungen von Nutzen, ausserdem noch aktive Bewegungen, wenn solche vertragen werden. Die Bedeutung der Analmassage bei Hämorrhoiden ist eigentlich noch niemals anerkannt worden, es ist vielmehr diese Behandlungsart eher belächelt worden, ohne dass man jedoch dieselbe durch eine bessere hat ersetzen können. Die operative Behandlung ist schmerzhaft und beschwerlich, kann nur an einem Theil von Hämorrhoidalvenen ausgeführt werden, und ist, wie mir scheint, in vielen Fällen, z. B. bei höherem Alter, nicht anzurathen. Jedenfalls sollte man vorher die viel leichter auszuführende und in jeder Hinsicht ungefährliche Analmassage versuchen.

Referate.

Arnold Sack. Ueber das Ichthalbin (Ichthyoleiweiss), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 23.

Angeregt durch die Darstellung des Tanalbins (Gottlieb) versuchte Verfasser ein analoges Präparat aus dem Ichthyol darzustellen. In der That, zeigte es sich, dass Ichthyollösungen mit Eiweisslösungen einen Niederschlag geben; dieser zeigt zwar noch deutlich den Geruch und Geschmack des reinen Ichthyols, verliert aber diese lästigen Eigenschaften bei mehrstündigem Erhitzen oder längerem Waschen mit Alkohol. Man erhält alsdann ein Präparat, welches ein äusserst feines, graubraunes Pulver darstellt, nicht nur geruchlos, sondern auch so gut, wie geschmacklos. Dieses Produkt hat den Namen «Ichthalbin» erhalten (chemische Fabrik von Knoll & Comp.). Versuche haben gezeigt, dass es in sauren Flüssigkeiten sich nicht löst, wohl aber in alkalischen Lösungen. Verwendet man eine dem Darmsaft entsprechende 0,2%-ige Pankreas-Sodalösung, so wird das Ichthalbin beim Digeriren ganz aufgelöst — unter Bildung von Peptonen und ichthyolsulfosaurem Natron.

Verfasser empfiehlt das Mittel bei chronischen Darmerkrankungen, ferner bei infectiösen Diarrhoen der Kinder und beim Typhus. Ausser dieser localen Wirkung hat das Ichthalbin auch eine Fernwirkung. Verf. hat sehr gute Erfolge mit dem Mittel bei Rosacea erzielt. in 6 Fällen trat bei innerlicher Verabreichung von 4 grm. pro die rapide und anhaltende Besserung ein; ferner wirkt das Mittel auch bei chronischen Eczemen, namentlich bei Kindern.

Abelmann.

Prof. Winternitz. Die Hydrotherapie der Lungenphthise. Bl. f. klin. Hydreltherapie. 1896, Nr. 5.

Winternitz kommt seit 1884 immer wieder auf die Hydrotherapie der Lungenschwindsucht zurück und zwar hebt er mit Recht ~~hervor, dass dies die sicherste~~ und am raschesten zur Heilung führende Methode der Schwindsuchtsbehandlung ist, und zwar um so sicherer, je frischer der Fall ist, doch giebt es sicher keinen Fall von Lungentuberculose, dem Hydrotherapie nicht nützlich wäre.

W. vergleicht seine Methode mit derjenigen von Aberg, dessen Erfahrungen in einer Broschüre niedergelegt sind. Der letztere ist, ohne Winternitz Arbeiten zu kennen, empirisch zu seiner Behandlungsweise gelangt und W. findet, dass das Princip in beiden gleich ist, wenn auch die Technik abweicht. Wir können die letztere nicht umständlich wiedergeben und resumiren kurz: Sehr kalte Temperaturen sind beiden Behandlungsmethoden gemeinsam und durchaus unumgänglich. Aberg's Methode ist: Partielle Eiswasserwaschungen, partielle Eiswasserbegiessungen und 7—13° Vollbäder. Winternitz Methode ist: Theilwaschungen des ganzen Körpers, allgemeine kalte Abreibungen, kalte Regenbäder. Dazu kommen bei W. noch erregende Brustumschläge (sog. Kreuzbinden). Die Wirkungen dieser nur scheinbar heroischen von den erschöpftesten Kranken leicht zu ertragenden und bald mit Enthusiasmus gebrauchten Kur besteht in der baldigen Besserung aller Symptome der Krankheit, selbst in den fortgeschrittenen und verlorenen Fällen. Auch in den letzteren wird das Eigengefühl gebessert, die Symptome gemildert.

Buch (Willmanstrand).

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung 3. April 1896.

Dr. Kramer hält einen angekündigten Vortrag:

Ueber den gegenwärtigen Stand der Typhus-Heilserumtherapie.

Die wissenschaftliche Basis, auf der die Serumtherapie ruht, ist der von Behring und Kitasato zuerst gemachte

Versuch der Immunitätsübertragung durch das Blutserum eines immunisirten Thieres. Dieser Versuch, sowie eine ganze Anzahl anderer von anderen Autoren gemachte Versuche haben allgemeine Giltigkeit für die Laboratoriuminfection der Thiere erworben. Bei der Uebertragung der Versuche auf den Menschen fielen die Resultate sehr verschieden aus, so dass man sich genöthigt sah, die Brauchbarkeit der Serumtherapie für jede Infectionskrankheit gesondert zu prüfen. Vorzüglich geeignet dazu ist der Abdominaltyphus, weil 1) sein Infectionsträger bekannt ist 2) weil sein Gift auch bei Thieren wirksam ist, 3) weil derselbe zu den Infectionskrankheiten gehört, welche auch im gewöhnlichen Verlauf auszuheilen pflegen und schliesslich weil uns derselbe meist noch vor vollständiger Ausbildung der Krankheit zu Gesicht kommt. An verschiedenen Stellen ist daher die Serumtherapie in Angriff genommen worden. Vorgegangen wurde in folgender Weise: Nachdem man die Typhusbacillenculturen im speciellen geprüft und gefunden hatte, dass sich kein wirklich deutlich wirkender Antagonist in der Bacterienwelt eruiren liess, ging man an die Verwerthung des von den Typhusbacillen selbst herstammenden Antitoxins, nachdem durch Injection von Typhusbacillenculturen constatirt worden war, dass denselben eine entschiedene Wirkung beiwohnte, die ja natürlich nur dem gleichzeitig neben dem Toxin als vorhanden angenommenen Antitoxin zugeschrieben werden konnte, — immunisirte zu dem Zwecke durch wiederholt sich systematisch steigernde Typhusbacillenculturen diverse Versuchsthiere, prüfte darauf zuerst die Wirkung auf die Culturen, constatirte eine entschiedene Einwirkung, inficirte darauf diverse Versuchsthiere mit Typhusbacillen — behandelte dieselben theils vor der Infection, theils nach derselben mit dem gewonnenen Serum, und sah in ersterem Falle eine schützende im zweiten eine heilende Wirkung. Bevor man zur Behandlung von Menschen ging, erprobte man zunächst die Schädlichkeit resp. Unschädlichkeit des Serums an gesunden Menschen, sah — dass abgesehen von einer leichten Fieberreaction die folgenlos verschwand — das Serum jedenfalls nicht schadete — und ging dann zur Behandlung von Typhuskranken über — wobei die von den verschiedenen Autoren gemachten Versuche recht verschieden ausfielen.

Greift man aus der Zahl der Untersuchungen die wesentlichsten heraus so ergiebt sich Folgendes: Bäumer und Peipper, die sich bereits seit 9 Jahren angelegentlich mit dieser Frage beschäftigen, gingen in der eben geschilderten Weise vor, constatirten nach längeren Versuchen, dass man im Stande war 100,0 Meerschweinchengewicht durch eine vorherige Injection von 0,1 ccm. Serum vor der tödtlichen Dosis Typhusgift zu schützen, in einzelnen Fällen sogar vor der fünffachen Dosis. Nachdem sie die immunisirende Wirkung erwiesen hatten, injicirten sie den inficirten Versuchsthieren zur Zeit der deutlichsten Krankheitserscheinungen das Heilserum, und hatten durchweg Heilungen zu verzeichnen. Auch in späteren Krankheitsstadien gemachte Injectionen ergaben bei erhöhter Heilserumdosis durchaus günstige Resultate. Klemperer und Levy stellten dieselben Versuche an, zuerst mit der Milch immunisirter Thiere, da dieselbe sich aber als weniger wirksam erwies, auch mit dem Serum, und kamen zu denselben günstigen Resultaten, worauf sie das Serum auch bei 5 Typhuskranken Menschen anwandten, dieselben erhielten je 3 Injectionen à 20 ccm. an 3 aufeinanderfolgenden Tagen und constatirten am 3. Tage nach der Injection Beginn der Morgenremissionen und gegen Ende der zweiten Krankheitswoche Fieberlosigkeit. Im Gegensatz zu diesen günstigen Erfahrungen stehen die von Börger! Er hat im Ganzen 12 Patienten behandelt und giebt nur bei vieren die Möglichkeit einer Einwirkung zu, in den übrigen hat er absolut keine gesehen. Mit Sicherheit constatirt er, dass nach dem 10. Erkrankungstage keine Einwirkung zu beobachten ist, auch vor dem 10. Tage hat er zwei Nichterfolge, einmal Tod und einmal Recidiv. Ausser dem vom künstlich inficirten Thiere gewonnenen Serum hat man auch das Serum von Typhusreconvalescenten benutzt, wobei Stern von 8 Fällen 6 Mal eine positive Wirkung gesehen hat, die Wirksamkeit des Reconvalescentenserums war bis zu 10 Jahren nach überstandener Krankheit nachgewiesen.

Ausser Stern haben noch Dlyhas und Carter 3 Versuche mit denselben Resultaten gemacht. Es ist also schon aus diesen wenigen angeführten Beispielen ersichtlich, dass die Frage noch lange nicht als abgeschlossen gelten kann, und liegt dieses wohl hauptsächlich an unserer bisherigen Unkenntniss des wirksamen Agens — des Antitoxins, über dessen Bildung bisher leider nur unbegründete Hypothesen aufgestellt worden sind — geschweige denn, dass ein Postulat erfüllt gewesen wäre, welches man wohl jedem Medicament gegenüber stellen muss: genaue Isolirung und genaue Dosirung. Wir sind nun seit einigen Tagen in der glücklichen Lage, auch dieses Postulat erfüllt zu sehen, resp. der Erfüllung nahe zu sein und zwar durch folgende Entdeckung Briegers: er fand, dass die Toxine und Antitoxine von Zinksalzen (neben dem von Kobert angegebenen Haemoglobin) gefällt werden, dass ferner die Antitoxine z. B. durch Jodkali aus Serum und Milch namentlich nach vorausgegangenem Eintragen von Magnesiumsulfat gefällt werden, so dass wir wohl in absehbarer Zeit in der Lage sein werden, endlich einmal mit wirklichen Specificis gegen die Infectionskrankheiten vorgehen zu können.

Dr. Hartge fragt ob das Serum zur Differentialdiagnose angewandt worden ist.

Dr. Kramer hat in der Literatur keine Angaben darüber gefunden.

Dr. Gurwitsch demonstrirt den Darm des mit Balantidium coli behafteten Patienten.

Patient aus dem Hospital entlassen, erkrankte an Diarrhoen und Darmblutungen und starb am 29. März a. c. an Darmblutung. Der Darm zeigt wie bei Malmsen Geschwüre im Dickdarm bis zur Valvula Bauhini. Die Geschwüre zeigen aufgeworfene Ränder und mit Eiter bedeckten Grund. (Demonstration).

Dr. Truhart fragt wie die Geschwüre zu erklären seien, da die Balantidien keinen Saugapparat besitzen.

Dr. Gurwitsch: Die Balantidien haben Cilien und entwickeln unterm Microscop lebhafte Bewegung, diese Momente wirken reizend auf die Darmschleimhaut, es entwickelt sich eine Reizung der Darmschleimhaut, die durch die fortbestehende Noxe in Eiterung übergeht und durch den mechanischen Reiz zu einem Geschwür führt. Die Möglichkeit, dass durch Ausscheidung von Toxinen Geschwürbildung zu Stande kommt, kann vorläufig nicht ausgeschlossen werden.

Dr. Koppel berichtet über einen weiteren Fall von Balantidium coli:

H. N. 58 a. n. aus Gross-Ullila giebt an bis Ende September vorigen Jahres gesund gewesen zu sein, dann starke Durchfälle mit Tenesmen. Vor Weihnachten hatten die Tenesmen auf ärztlicherseits verordnetes Opium nachgelassen, das auch später bei Wiederholung eine günstige Wirkung behalten hat. Pat. klagt über Appetitlosigkeit, Abmagerung, ständig grösser werdende Schwäche, so dass er schon seit längerer Zeit nicht mehr hat arbeiten können. Kollern und Gurren im Leibe. In letzterer Zeit noch 6—7 flüssige Stühle täglich. Denselben ist hin und wieder etwas Blut beigemengt. Anknüpfend an die Mittheilungen Dr. Gurwitsch's, untersuchte Referent die Faeces, und fand im ersten Präparat der frisch entleerten viele sich äusserst lebhaft bewegende Balantidien. Pat. ist vorläufig nach Hause gefahren mit dem Versprechen sich der weiteren Behandlung im Hospital unterziehen zu wollen. (Demonstration).

Dr. Kessler demonstrirt einen per vaginam exstirpirten Uterus mit Carcinoma corporis. Die Operation war eine besonders schwierige; die circa 54-j. äusserst blasse und reducirte Patientin blutete seit 5 Jahren; vor 3 Jahren war ihr von anderer Seite eine Unterbindung der Art. uterinae gemacht worden, darnach geringer und vorübergehender Nachlass der Blutungen, welche die letzten 2 Jahre continuirlich gewesen sind. Uterus vergrössert, Kinderfaustgross, dabei weich, reclinirt, an die linke Beckenwand herangezogen und hier fest fixirt, auch nach abwärts kaum dislocirbar. Im Scheidengewölbe eine circuläre Narbe, welche im vorderen und noch mehr im linken Gewölbe breit, dick und sehr starr ist und nach oben in die derbe linksseitige Fixation des Uterus continuirlich übergeht. Die darnach schon erwartete beträchtliche Erschwerung der Operation wurde noch gesteigert dadurch, dass, wie sich beim Bemühen, den vorderen Douglas zu eröffnen, herausstellte, eine Excavatio vesico-uterina nicht existirte, das vordere Blatt derselben vielmehr mit dem hinteren resp. der Vorderfläche des Uterus so fest verwachsen war, dass eine Trennung beider von einander auch nachdem der Finger nach Eröffnung des hinteren Douglas und des rechten Scheidengewölbes von hier aus längs der rechten Uteruskante bis an die obere Grenze dieser Verwachsung sich hinaufgearbeitet hatte, nicht möglich war; die verwachsenen Peritoneallamellen mussten daher mit Messer und Scheere in der Substanz des Uterus von dessen vorderer Wand abpräparirt werden. Die linksseitigen Unterbindungen waren, auch nachdem der Uterus schon rechts vollkommen ausgelöst war, doch der bereits angegebenen Verhältnisse wegen so schwierig, dass eine dort entstandene Blutung durch einige rasch angelegte Klemmen gestillt werden musste, die wegen des grossen Kalibers der gefassten Gefässe erst nach 48 Stunden abgenommen wurden. Am vorgelegten Uterus fehlt, dem obigen entsprechend, an der vorderen Fläche der peritoneale Ueberzug in grosser Ausdehnung; in der Uterushöhle nimmt die ca. 1 cm. hoch in die Höhle vorspringende Neubildung den ganzen Fundus und oberen Theil des corpus ein; sie ist ein exquisites Adeno-Carcinom; microscopische Präparate, welche den Uebergang von Adenom in Carcinom sehr schön zeigen, werden vorgelegt.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die Narbenmasse und Verwachsungen, welche die Exstirpation des Uterus so

sehr erschwerten, die unmittelbare Folge der vorhergegangenen Unterbindung der Uterinae waren; es war offenbar derjenige Effect, der für letztere Operation seiner Zeit ein Mal alserstrebenswerth hingestellt worden ist, nämlich: «starke narbige Schrumpfung im Bereich der sog. ligg. Cardinalia» (Centralbl. für Gyn. 1897, p. 897) in diesem Fall — ob beabsichtigt oder nicht? — im Excess erreicht resp. zu Stande gekommen, indem eine ausgiebige Entzündung (und dem entsprechende massige Narbenbildung) nicht nur im lig. lat. und auch im vorderen Scheidengewölbe eingetreten war, die Entzündung vielmehr auch auf das Peritoneum der Excavatio vesico-uterina übergegriffen und die Verödung bewirkt hatte.

Vermischtes.

— Am 17. Juni beging in Moskau Geheimrath Dr. A. P. Raszwetow, Mitglied des Conseils beim Ministerium der Volksaufklärung, sein 50-jähr. Dienstjubiläum. Der Jubilar ist als hervorragender Chirurg bekannt und hat viele Jahre hindurch auch Vorlesungen über Chirurgie an der Moskauer Universität gehalten. Gegenwärtig bekleidet er den Posten eines Vicepräsidenten des Comités des polytechnischen Museums in Moskau.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow (Berlin) ist, wie aus Paris berichtet wird, von der französischen Academie der Wissenschaften zum auswärtigen wirklichen Mitgliede gewählt worden.

— Der bekannte Anatom Prof. Dr. W. His (Leipzig) ist zum Ehrendoctor der Universität Dublin ernannt worden.

— Das British Institute for public Health veranstaltete aus Anlass des diamantenen Regierungs-Jubiläums der Königin Victoria eine Festsitzung, in der die höchste Auszeichnung, welches das Institut zu verleihen hat, die goldene Harben-Medaille, dem berühmten Hygieniker Prof. v. Pettenkofer in München zuerkannt wurde. Lord Playfair hielt die Festrede, welche die Fortschritte der öffentlichen Gesundheitspflege in England im Laufe der 60 Jahre behandelte. Da Pettenkofer aus Gesundheitsrücksichten an der Feier nicht theilnehmen konnte, so wurde Lord Playfair mit der Uebermittelung der Medaille beauftragt. (A. m. C.-Ztg).

— Der berühmte Pharmakologe, Prof. Dr. Liebreich in Berlin, beging am 5. Juli n. St. sein 25-jähriges Jubiläum als Professor der Pharmakologie.

— Der Medicinalinspector des Krankenhauses des Civil-Ressorts in Warschau, Prof. M. D. Tschaussow, hat dieses Amt niedergelegt, ist aber in seiner Stellung als Professor der Anatomie an der Warschauer Universität geblieben.

— Verstorben: 1) Am 26. Juni auf seinem Gute im Gouvernement Poltawa der frühere Medicinalinspector von St. Petersburg, Geheimrath Dr. Anatol Batalin, berathendes Mitglied des Medicinalraths und des Veterinär-Comités, im 56. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus dem Gouvernement Kiew und hatte seine medicinische Ausbildung an der Kiewer Universität erhalten. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1865 wurde B. Landschaftsarzt im Perejaslawl (Gouv. Poltawa), siedelte jedoch bereits im Jahre 1867 nach St. Petersburg über, wo er die Stellung eines Polizeiarztes erhielt und, nachdem er 1877 die Doctorwürde erlangt hatte, zum Oberarzt der Polizei ernannt wurde. Nach dem Tode des Chefs der Medicinalverwaltung von St. Petersburg, Baron Maydel, rückte Dr. Batalin in dessen Stellung, welche er von 1884—1896 inne hatte. Von 1885 an fungirte er auch als berathendes Mitglied des Medicinalrats. Der Verstorbene gehörte zu den angesehensten und geachtetsten Aerzten der Residenz. 2) In Nowomoskowsk (Gouv. Jekaterinoslaw) der dortige Stadtarzt Nikolai Alymow im 30. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. 3) In Göttingen der ordentliche Professor der Pharmakologie Dr. W. Marmé. 4) In Gröningen (Holland) der Professor der Pharmacie und Toxicologie an der dortigen Universität, Dr. P. Plugge, im Alter von 50 Jahren. Seine ausserordentlich fruchtbare schriftstellerische Thätigkeit bezog sich namentlich auf die Wirkung der Alkaloide, wie überhaupt der indischen Gifte, zu deren eingehenden Studien er eine Reise nach Indien unternahm.

— Prof. Robert Koch begiebt sich von Bombay mit dem bayrischen Stabsarzt Dr. Dieudonnné nach Deutsch-Ostafrika, um eine dort unter den Eingeborenen ausgebrochene pestartige Erkrankung zu untersuchen und wenn möglich zu bekämpfen. (A. m. C.-Ztg.).

— Der Kiewer Professor der pathologischen Anatomie Dr. Wyssokowitsch, welcher von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung der Einschleppung der Pest vor einigen Monaten nach Bombay zum Studium der Pest abdelegirt wurde, befindet sich auf dem Rückwege nach Russland.

— Am Ufer des Schwarzen Meeres in der Nähe von Sotschi, wo sich Mineralquellen befinden, zu deren Untersuchung der frühere Tomsker Professor Zaleski abdelegirt ist, wird von französischen Unternehmern ein klimatischer Curort und eine im grossen Maassstabe gehaltene Heilanstalt eingerichtet. Das zu diesem Zweck aufgebrachte Grundkapital der Aktiengesellschaft beträgt 1.160,000 Rbl.

— Für die bei der Heilanstalt der Kaiserl. Philantropischen Gesellschaft geplante Errichtung einer Entbindungsanstalt und Stiftung einiger Krankenbetten auf den Namen des verstorbenen Leibarztes Dr. Zdekauer sind bereits 12,000 Rbl. an freiwilligen Spenden bei der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit eingeflossen.

— In Kiew wurde, dem «Kiewljanin» zufolge, der Curpfuscher Jochilowitsch vom Friedensrichter zu einem Monat Arrest und zu einer Strafzahlung von 25 Rbl. verurtheilt. Derselbe befasste sich in den Kreisen der Kiewer Kleinbürger mit der Behandlung der verschiedensten Krankheiten und wandte dabei stark wirkende Medicamente an, was natürlich nicht ohne nachtheilige Folgen für seine Patienten bleiben konnte. (Her.).

— Mittelst Allerhöchsten Befehls ist auf einen allerunterthänigsten Bericht des Ministers der Volksaufklärung vom 13. Januar a. c., der im Einvernehmen mit dem Oberprocureur des Hlg. Synods erfolgte, die Zulassung von Zöglingen, welche den Cursus in den geistlichen Seminaren absolvirt haben, zu allen Facultäten der Universitäten Tomsk und Jurjew (mit Ausnahme der theologischen Facultät), sowie in die historisch-philologische und physiko-mathematische Facultät der Universität Warschau angeordnet. Mit dem niedrigeren Bildungs-Census der Studirenden muss natürlich auch das Niveau des Universitäts-Unterrichts sinken, und würden somit durch diese Maassregel gleichsam Universitäten zweiten Ranges geschaffen.

— Die militär-medicinische Academie bringt zur Kenntniss, dass keinerlei Abänderung der Uniformen der Professoren und Studenten zum 100-jährigen Jubiläum der Academie geplant wird.

— Mittlere Lebensdauer der russischen Aerzte. Dr. N. S. Kuprewitsch hat aus 560 Nekrologen, welche er in den Jahrgängen 1894, 1895 und 1896 des «Wratsch» fand, berechnet, dass die mittlere Lebensdauer der russ. Aerzte nur 48,7 Jahre beträgt. Zugleich ergab sich aus den in diesen Nekrologen enthaltenen Daten, dass in Russland die Venia practicandi durchschnittlich im Alter von 25,8 Jahren erlangt wird, somit die mittlere Dauer der ärztlichen Thätigkeit auf 22,9 Jahre beschränkt ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Juni d. J. 7249 (52 wen. als in d. Vorw.), darunter 424 Typhus — (18 wen.), 822 Syphilis — (37 wen.), 134 Scharlach — (16 wen.), 130 Diphtherie — (4 wen.), 115 Masern — (19 mehr) und 25 Pockenkranke — (3 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. Juni 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
376	272	648	161	67	146	25	5	14	54	43	40	32	36	19	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 38, Scharlach 26, Diphtherie 48, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 1, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 58, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 125, Todtgeborene 33.

Pyrmont. Heilanzeigen: Zögernde Reconvalescenz, Blutarmuthszustände, Nervenleiden, Frauenkrankheiten, Scrophulose, Rhachitis, Rheumatismus, Gicht, chronische Herzkrankheiten, Magen- u. Darmkatarrhe, Nieren- u. Blasenleiden etc.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Neuenahr Grossartige Heilerfolge bei Katarrhen des Kehlkopfes (Influenza und Folgen). des Magens, des Darmes, der Blase, bei Gallensteinen, Nieren- und Leberleiden, Zuckerkrankheit, Gicht, Rheumatismus und Frauenleiden. — Mild lösend, den Organismus stärkend.

Bad Wildungen. Georg-Victor-Quelle und Helenenquelle sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmcatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6–8, Q. 12.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5 Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Довв. цена.Спб. 5 Іюля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 12. (24.) Juli 1897

Ueber mechanische Behandlung verletzter und erkrankter Gelenke.

Von

Dr. med. Paul Klemm.

(Vortrag, gehalten im Verein pract. Aerzte zu Riga.)

Es ist eine hochwichtige Frage, meine Herren, wie wir uns zur Behandlung der traumatischen Gelenkerkrankungen stellen, da für die spätere Herstellung der Function eben Alles darauf ankommt, was wir im Beginn mit dem Gelenke anfangen. Ich spreche in Folgendem nur von den subcutanen Verletzungen und schliesse alle die Vorgänge aus, wo eine das Gelenktrauma complicirende Weichtheilverletzung bestand.

Ich nehme als Typus der subcutanen Gelenkverletzung die Distorsion an. Wir verstehen unter derselben eine mehr oder weniger brüske Ueberdehnung des Gelenkes in einer Richtung, wo die physiologische Hemmung der Bewegung schon früher eintreten musste.

Die Folge dieser forcirten Action besteht in Zerreissung einer Zahl von Gefässen, so dass die Verstauchung eines Gelenkes stets von einem mehr oder weniger beträchtlichen intra- und paraarticulären Extravasat, welches aus Lymphe und Blut besteht, begleitet ist. Der Bluterguss in die Gelenkhöhle ist nun dasjenige Moment, welches unsere intensivste Aufmerksamkeit erheischen muss, denn alle Folgezustände sind eben durch die Anwesenheit jenes Extravasates bedingt. Ich nehme den Fall, wir lassen das verstauchte Gelenk ganz in Frieden — ja wir immobilisiren es noch durch einen Gypsverband, was geschieht? Ein Theil des ergossenen Blutes wird natürlich durch den gesteigerten intraarticulären Druck, der comprimirend wirkt, resorbirt werden müssen, der Rest aber bleibt ruhig an Ort und Stelle lagern. Der Faserstoff schlägt sich auf die überknorpelten Gelenkflächen nieder und wird organisirt, d. h. er bildet sich in strafffaseriges Bindegewebe um, welches zwischen den Gelenkkörpern eine feste Brücke bildet; Gefässschlingen treten in das neue Gewebe ein und dringen gegen den Knorpel vor; allmählich beginnt hierdurch ein Schwund desselben Platz zu greifen. Ginge der Process so ungehindert fort, so würde das Ende desselben der völlige Untergang des Gelenkes sein; meist aber kommt es nicht so weit, da der Patient schon in einem früheren Stadium das Glied zu gebrauchen anfängt. Hiermit aber hebt nun erst die eigentliche Leidenszeit des Kranken an, denn im Gelenk haben sich feste Membranen zwischen den Gelenkkörpern ausgespannt, die Kapsel ist geschrumpft und verdickt. In der Umgebung sind die Sehnen in ihren Scheiden obliterirt, die Fascien retrahirt und die Muskulatur durch Inactivität sowie, durch in dieselbe eingelagerte Hämatome atrophirt.

Ich bin der Ansicht, dass die bei Gelenktraumen so schnell einsetzende Ernährungsstörung der Muskulatur zu einem grossen Theil gleichfalls auf Rechnung des traumatischen Extravasates zu setzen ist. Die Gelenkmembran ist nicht uberall gleich resistent, an den Stellen wo Sehnen die Höhle durchsetzen, oder wo grössere Ausbauchungen vorhanden sind, ist der Wiederstand geringer, sodass hier die unter starken Druck gesetzte extravasirte Flüssigkeit die Kapsel zu sprengen vermag und in die Muskelinterstitien eindringen kann, durch Behinderung der Circulation, durch Druck etc. ist es zu verstehen, dass die Ernährung der Muskeln mehr oder weniger erheblich leiden kann.

Was ich eben sagte, ist keine blosse theoretische Annahme; ich habe mich selbst einmal von der Richtigkeit dieses Vorkommnisses überzeugen können: Es handelte sich um einen Bruch der Kniescheibe bei einem Säufer, der einige Tage nach der Verletzung im Delirium tremens zu Grunde ging. Bei der Autopsie zeigte sich der obere Recessus an seiner Kuppe perforirt; aus dem Kapselriss war das Blut direct in die Muskelscheiden gelaufen; es fanden sich bis zur Mitte des Oberschenkels hinauf klumpige Massen geronnenen Blutes. Riedel erwähnt gleichfalls zwei ähnliche Fälle. Auch bei den gewaltigen, meist ganz plötzlich auftretenden Ergüssen der Gelenke der Tabiker und Syringomyelitiker findet

sich hochgradige Schwellung der Nachbarschaft, die oft bis zur Mitte der Extremität reicht. Als Erklärung dieses Phänomens muss ebenso die Annahme von Rissen der Gelenkkapsel an weniger resistirten Stellen dienen. Die das Gelenk angreifende Gewalt macht ihre Folgen aber noch in der Nachbarschaft desselben geltend, so dass Extravasatbildung auf directem Wege hier zu Stande kommt. Nach dieser Abschweifung greife ich auf das früher Besprochene in der Schilderung eines versteiften Gelenkes zurück. Es wird nun natürlich die bekannte Trias, Bäder Massage und Gymnastik ins Feld geführt; es bedarf jedoch eines ganz besonders geschickten Arztes und eines willensstarken und intelligenten Patienten, um die Massnahmen zur Mobilisirung des Gelenkes mit Erfolg zu krönen. Monate lang dauernde Schwellungen, die in Zerreissung, des im Gelenkraum neugebildeten Bindegewebes, ihren Grund haben, treten ein, Schmerzen und nur sehr allmähliche Fortschritte, die sich der Kranke im Schweisse seines Angesichtes erkaufen muss, stacheln ihn an diese teuflische Cur fortzusetzen. In der Mehrzahl der Fälle kann nach Ablauf einer längeren Zeit das Gelenk wieder functionstüchtig werden, doch giebt es auch Kranke, an denen alle Ueberredungskunst des Arztes scheitert und er eben gebeten wird nicht wieder zu kommen.

Da ich die Gelenkdistorsion als Typus aller subcutanen Gelenktraumen ansehe, ist es wichtig sich zu verständigen, wie bei einer solchen die Behandlung zu leiten ist. Wir haben zunächst eine klare Indication: Fortschaffung des traumatischen Extravasates. Die beiden souverainen Mittel zur Erreichung dieses Zweckes sind Compression und Massage. Die Ansichten über den Zeitpunkt, wann letztere angewendet werden soll, sind verschieden. Einige Autoren ziehen es vor, das Gelenk zunächst für einige Tage zu immobilisiren, damit die Blutung aus den zerrissenen Gefässen nicht wieder aufs Neue anhebt; erst dann wird massirt.

Ich massire gleich von vorn herein. Wenn man die Vorsicht beobachtet erst peripher vom lädirten Gelenk zu streichen und dann allmählig dieses selbst mit ganz sanfter Massage behandelt, so ist der Schmerz nicht so erheblich und eine neue Blutung habe ich nie auftreten sehen. Nach der Massage nehmen die Schmerzen meist ab. Das Glied wird hierauf in einen comprimirenden Watteverband gelegt und in einem Pappschienenverband hochgelagert. Die Massage soll täglich wiederhohlt werden. Die Schiene kann nach 3—4 Tagen fortbleiben. Mit dem Rückgang des Ergusses sollen nun auch active und passive Bewegungen im Gelenk vorgenommen werden. Bei mittelschweren Distorsionen kann nach 14 Tagen das Glied schon wieder gebraucht werden. Es ist eine Frage von ziemlicher Wichtigkeit ob und wann wir mit Bewegungen anfangen sollen. Sie haben vornehmlich den Zweck einer Schrumpfung der Gelenkweichtheile entgegen zu arbeiten, dabei aber sollen sie auch die drohende, oft schon sehr frühzeitig einsetzende Atrophie der, das Gelenk bewegenden Muskeln, bekämpfen. Die einzelnen Gelenke verhalten sich in dieser Beziehung verschieden. Eines der subtilsten Gelenke ist meiner Ansicht nach das Ellenbogengelenk. Hier tritt oft schon sehr früh Versteifung ein; möglicherweise hängt das mit dem sehr complicirten Bau dieses Gelenkes zusammen. Wir müssen bei Verstauchungen desselben schon sehr frühzeitig, am 3. oder 4. Tage mit Bewegungen beginnen. Ich bevorzuge dabei die Widerstandsbewegungen, wie sie die schwedische Schule lehrt, weil ich gefunden habe, dass der Pat. viel besser sein Glied beugt und streckt, wenn er dabei einen, wenn auch nur geringen Widerstand zu überwältigen hat. Ausserdem hat die Methode den Vorzug, dass ganz bestimmte Muskelgruppen herausgegriffen werden, die geübt werden können. Das ist wichtig, denn erfahrungsgemäss sind es ganz bestimmte Gruppen, die besonders früh Ernährungsstörungen unterworfen sind.

Meist leiden zuerst die Extensoren, so am Oberschenkel der Quadriceps cruris nach Bruch der Kniescheibe, nach Verletzungen des Schultergelenkes der Deltoideus u. s. w. Im Grossen Ganzen werden wir nach Ablauf einiger Tage mit Bewegungen beginnen, dabei aber die Massage nicht vernachlässigen, um einen kräftigen Stoffwechsel anzuregen und so die Extravasate schneller zur Resorption zu bringen.

Ich komme hier auf einen Punkt, der mir in der Behandlung der Verstauchungen von Wichtigkeit zu sein scheint, ich meine die Anwendung der Kälte in der Form der so beliebten Eisbeutel. Ich rathe davon ab, denn was soll dieselbe? Sie wirkt doch nur anästhesirend und in der Richtung wird sie angenehm empfunden, im Grunde aber widerspricht sie dem Princip welches wir für die rationelle Therapie der Gelenkverletzungen aufgestellt haben. Die Resorption wird durch die Kälte aufgehalten, denn die Gefässe contrahiren sich und dadurch wird die, durch einen bestimmten Querschnitt strömende Blutmenge geringer, während ein feuchtwarmer Umschlag durch Erweiterung der Gefässe die Aufsaugung beschleunigt; doch auch diesen möchte ich lieber entbehren, denn häufig verursacht er Eczeme, die uns in unserem wirksamsten Mittel, der Massage hindern

Nur der einfachen Distorsion kann, falls die Gewalt weiterhin in falscher Richtung einwirkt und die physiologischen Gelenkhemmungen, soweit sie durch ligamentöse Apparate oder Knochenvorsprünge gegeben sind, überwindet, zweierlei werden: die Gelenkkörper werden von einander abgehebelt und es besteht nun neben der Verstauchung eine Verrenkung oder was bei weitem häufiger ist, die Bänder sind fester, als die schwammige Knochensubstanz, an der sie inseriren, sie wird aus dem Zusammenhang mit dem Knochen gerissen und die Distorsion ist nun mit einer Fractur complicirt, es liegt ein Verstauchungsbruch vor, wie das Ding auch genannt worden ist. — Wie behandeln wir nun ein solchen? Es müssen hier beide Zustände berücksichtigt werden: Resorption des Extravasates durch die oben geschilderten Mittel und Heilung des Knochenbruches durch Einrichtung desselben und Erhaltung in der reponirten Lage durch Application zweckentsprechender Schienen und Lagerungsapparate. In richtigem Wechsel von Ruhe und Bewegung wird das Heil liegen. Ruhe den gebrochenen Knochen, Bewegung dem Gelenke sowie den dasselbe bewegenden Muskeln! Wie dieses an den einzelnen Gelenken technisch durchzuführen ist, kann hier nicht im Detail ausgeführt werden, es würde den Rahmen meines Vortrages übersteigen. Den hierfür sich Interessirenden verweise ich auf meine Arbeit. «Ueber die Behandlung der Gelenkbrüche» in der Sammlung klinischer Vorträge. Ich verwende auch bei Gelenkbrüchen die Massage von vornherein. Wenn das gebrochene Glied gut gehalten wird d. h. wenn Zug und Gegenzug so vertheilt sind, dass die Bruchenden auf einanderliegen und keine Verschiebung derselben gegen einander stattfindet, so lässt sich die Massage gut ausführen. Die anfangs bestehenden Schmerzen lassen bald nach und machen einer angenehmen Empfindung Platz. Auch mit Bewegungen soll frühzeitig begonnen werden, besonders an Gelenken, die erfahrungsgemäss schnell functionsuntüchtig werden, so besonders am Knie- und Ellenbogengelenk. Eben so gehen wir bei Luxationen vor, stets soll der Arzt im Auge behalten, dass es das traumatische Extravasat ist, von dem her alle Uebelstände datiren, die ich namhaft machte, welches unter allen Umständen schnell beseitigt werden muss.

Nachdem ich die mechanische Behandlung der subcutanen Gelenktraumen kurz skizzirt habe wende ich mich zu denjenigen Gelenkkrankheiten, bei deren Behandlung mir Massage, Compression und Gymnastik von Nutzen zu sein scheint. Ich bemerke hierzu, dass ich von den Folgezuständen aller möglichen Gelenkleiden, wie sie sich in Versteifung und Contractur äussern, zunächst absehe und hier nur die primären Zustände bei der Anwendungsmöglichkeit jener Mittel im Auge habe. Ich gehe zuerst die infectiösen Gelenerkrankungen durch!

Wir haben da den acuten Gelenkrheumatismus in seiner monarticulären und polyarticulären Form, bald mehr acut, bald mehr chronisch verlaufend.

Die Arthritis gonorrhoica in ihren verschiedenen anatomischen Varianten, die zu den häufigeren Gelenkerkrankungen gehört, ferner die Arthritiden der Infectionskrankheiten so bei Typhus, Masern, Scharlach, Pocken, Dysenterie, Diphtherie. etc. der pathalogisch-anatomische Character dieser Erkrankungen des Gelenkinneren ist verschieden, wir finden alle Stadien und Stufen der Entzündung vertreten: Reine seröse Synovitisformen, mit wenig getrübtem Exsudat, serofibrinöse Ergüsse und schliesslich dicken Eiter. Aufzufassen sind diese Störungen aber ganz abgesehen von der Natur des Exsudates, als Metastasen des Grundleidens, bedingt durch Einwanderung der Krankheitserreger entweder ins Gelenkinnere oder in Gegenden, von wo aus eine Reizung der Synovialis stattfinden kann, so vor Allem in die Epiphyse oder das epiphysäre Ende der Diaphyse.

Alle diese Erkrankungen sind für die mechanische Therapie ein noli me tangere. Ich möchte besonders davor warnen ein Trippergelenk, das oft ja nur als Hydrops articuli imponirt mit Massage und Gymnastik zu vergewaltigen, man kann damit die allerschönste Gonococcensepsis grossziehen, wie ich das einmal als Assistent des Weil. Prof. v. Wahl an der Dorpater chirurgischen Klinik gesehen habe. Es kam ein schon schwer septischer Patient ein, dem ausserhalb sein Tripperknie mit Massage energisch behandelt worden war. Er starb. Ruhe, Hochlagerung der geschienten Glieder, Application von Eis oder feuchter Wärme je nach der vorliegenden Indication oder auch ein operativer Eingriff sind die souveränen Mittel in der Behandlung dieser Zustände.

Zu den infectiösen Formen der Gelenkerkrankungen müssen wir auch diejenigen rechnen, die durch die Tuberculose und Syphilis verursacht werden. Wir können aus der grossen Masse aller möglichen Krankheitsbilder zwei grosse Gruppen herausgreifen: der Flüssigkeitserguss im Gelenkcavum überwiegt, es besteht ein mehr oder weniger seröser oder fibrinöser Hydrops articuli tuberculosus und syphiliticus, andrerseits überwiegen die wuchernden Processen im Gelenk, dabei herrscht die Tendenz der käsigen Einschmelzung der neugebildeten Massen vor, die schliesslich zur Deformität und Destruction der Gelenkkörper führt. Betrachten wir jene mit Ergüssen einhergehende Formen! Ich möchte die Massage hier nicht anwenden. aus Furcht den Process zu propagiren; Compression und Hochlagerung sowie eine ursächliche Behandlung des Grundleidens genügen um den Erguss zu Schwinden zu bringen. Wie steht es nun mit den fungös-granulirende Formen, speciell beim Fungus articuli tuberculosus? Es ist sehr schwer hier Regeln aufzustellen, da jene Processe selbst so ungemein verschieden sind. Eines aber möchte ich doch festgehalten wissen, in allen frischeren Fällen, wo noch ein Floridsein des tuberculösen Processes gemuthmasst werden kann ist die absoluteste Immobilisirung des Gelenkes durch erhärtende Verbände und Bettruhe indicirt, bis ein Rückgang zu constatiren ist. Der moderne Fanatismus der ambulanten Behandlung kranker Gelenke hat sich ja grade darauf capricirt Tuberculöse durch Application von allen möglichen Schienenapparaten gehfähig zu machen.

Die Schäden der Bettruhe sind vielfach in unnützer Weise übertrieben worden. Meiner Erfahrung nach ist der beste Apparat ein gut immobilisirender Gypsverband, in dem der Patient ja jeden Augenblick, falls es die Umstände erlauben, in die Luft gebracht werden kann. Wenn Immobilisirung aufgegeben ist, wenn die Schmerzen aufgehört haben und die Schwellung rückgängig wird, könnte man vorsichtig mit Bewegungen Versuche anstellen und daneben die atrophische Muskulatur klopfen und kneten. Man soll dabei nur sorgfältigst auf alle Nebenumstände achten. Treten Schmerzen ein oder lassen sich kleine Anstiege der Temperatur constatiren so muss die mechanisch active Therapie sofort aufgegeben werden. Ich habe in letzter Zeit eine fungös tuberculöse Erkrankung des Ellenbogengelenkes nachdem im Gypsverband die Schmerzen sistirt hatten und ein Abfall der Schwellung stattgefunden hatte mit leichten Widerstandsbewegungen behandelt. Ich konnte mich überzeugen, dass dabei die Mobilität des Gelenkes zunahm und die atrophe Muskulatur leistungsfähiger wurde, sodass ich mit dem Erfolge zufrieden war. Massage des Gelenkes wende ich nicht an, die Compression ist völlig genügend und dabei gefahrlos, was man von ersterer doch nicht stets sagen kann. Da die tuberculöse Erkrankung der Gelenke ja einen eminent chronischen Verlauf hat, während dessen nicht selten Exacerbationen und acute Schübe eintreten können, lässt sich für die Behandlung nicht gut ein Schema aufstellen und nur der wird gute therapeutische Erfolge erzielen, der den jeweiligen Indicationen Rechnung zu tragen versteht

Ich sprach schon bei Erwähnung des hydropischen Trippergelenkes, wie vorsichtich man bei Behandlung desselben sein muss. Ich stehe aber nicht an diese Vorsicht überhaupt auf die Gelenkhydropsien zu übertragen. Wenn ich vom Gelenkhydrops absehe, wie er als Folgeerscheinung aller möglichen vorangegangenen acuten Gelenkerkrankungen oder — Verletzungen entsteht oder gelegentlich aus unaufgeklärter Ursache primär auftritt, so muss als häufigster Grund desselben, die Gonorrhoe, die Tuberculose und Syphilis gelten. Für keine dieser drei Zustände aber passt die Massage. Compression und Schienenverbände oder gelegentlich auch Punction und Injection von Medicamenten in die Gelenkhöhle sind hier angezeigt und führen meist zum Ziel.

Unter den nicht infectiösen Arthritiden hebe ich zwei Gruppen hervor:

Solche wo die Erkrankung an den Gelenkweichtheilen ihren Sitz hat gegenüber den, primär vom Knorpel ausgehenden, destruirenden Processen.

Der chronische Gelenkrheumatismus ist ein Process, der sich vorwiegend an den Gelenkweichtheilen abspielt und erst secundär zur Destruction des Knorpels führt. Er kann das Endstadium aller möglichen acuten Synovitiden sein, aus der mannigfachsten Ursache, er kann aber auch von vornherein als chronisch verlaufende Erkrankung begonnen haben. Es besteht eine ausgesprochene Tendenz zu Contracturstellungen. Bei diesen Formen ist die mechanische Behandlung mit Massage und Gymnastik, die meist noch sehr vortheilhaft mit Schwefel-, Moor- und Schlammbädern combinirt werden kann so recht an ihrem Platze. Hier kann mit Geduld und Geschick viel erreicht werden, wenn es auch andrerseits Fälle giebt und zu diesen rechne ich, die chronisch beginnenden und verlaufenden rheumatischen Gelenkerkrankungen, wo trotz jahrelanger Behandlung der Process weiter fortschreitet und zur Ankylose, oft in den bizarrsten Stellungen führt.

Indicirt ist die mechanische Behandlung ferner bei den primär den Knorpel und Knochen zerstörenden Processen der Arthritis deformans. Man darf von dieser Behandlung nur nicht unbilliges verlangen. Die zerstörten Gelenkkörper erlangen ihre normale Configuration nicht mehr wieder, wohl aber können die atrophischen Zustände der Muskulatur günstig beeinflusst werden und durch passende Bewegungen können die normalen Gelenkactionen länger erhalten bleiben. Dieses gilt für die vulgäre derformirende Gelenkerkrankung sowie für die Formen, wo die degenerativen Vorgänge auf eine primäre Erkrankung des Centralorgans zu beziehen sind, wie bei der Tabes dorsalis und der Syringomyelie.

Wie steht es nun mit der mechanischen Behandlung der Zustände, wie sie sich als Folge acuter Erkrankungen geltend machen? Ich machte schon eine Reihe von Gelenkerkrankungen namhaft, die im Wesentlichen auf infectiöser Grundlage auftretend, als Metastasen des Grundleidens gelten dürfen. Bei Erwägung der Behandlung kommt es einzig auf den patholologisch-anatomischen Character des Processes an, der sich im Gelenkcavum abspielt. Besteht eine eitrige Erkrankung — ein Empyem der Gelenkhöhle — so wird breit gespalten, doch ist dieses nicht immer der Fall die Erkrankung der Synovialis zeigt alle Stadien der Entzündung mit serösem, sero-fibrinösen und wie Volkmann das genannt hat katarrhalischem Exsudat. Wie ich schon eingangs auseinander setzte, wird das kranke Gelenk erst expectativ behandelt, um die entzündlichen Erscheinungen zum Abklingen zu bringen und damit eine Resorption der Flüssigkeit anzubahnen: ist das geschehen so soll die mechanische Behandlung eingreifen, die jetzt den Zweck hat, die Folgezustände. die der Gelenkmechanik Schaden bringen würden, zu bekämpfen. Im Wesentlichen handelt es sich auch hier um Organisation des, auf die knorpligen Gelenkkörper niedergeschlagenen Faserstoffs, die zur Degeneration derselban führt. Die Regel klingt einfach genug, aber in der Praxis ist es sehr schwer, den richtigen Moment zum Beginne der mobilisirenden Therapie zu bestimmen: es lassen sich da keine Regeln aufstellen und der Erfahrung wie dem therapeutischen Tact des Arztes muss hier ein gewisser Spielraum gelassen werden.

Fängt man zu früh an, so kann der entzündliche Process exacarbireu, wartet man aber zu lange, so hat das Gelenk schon vielleicht einen irreparabelen Schaden gelitten. Eines aber kann man wohl als Gesetz aufstellen: Alle Manipulationen, wie Massage active und passive Bewegungen sollen im Beginne so schonend wie möglich ausgeführt werden, erst nach und nach kann grössere Kraft entfaltet werden.

Abgesehen von der Behandlung der traumatischen Gelenkaffectionen ist die mechanische Therapie der genannten Folgezustände acuter Arthritiden von hervorragender Wichtigkeit. Müssten wir sie entbehren, so wären die Heilerfolge, die wir an frisch entzündeten Gelenken erreichten nur sehr kümmerlicher Natur. Die entzündlichen Vorgänge wären allerdings zum Schwinden gebracht, aber eine Beeinträchtigung der physiologischen Leistungsfähigkeit des Gelenkes würde oft noch bleiben, die dem Pat. in seiner Lebensstellung doch mehr oder weniger Schaden brächte. Es ist erstaunlich welch' gute Erfolge hier erzielt werden können; scheinbar völlig contracte Gelenke werden durch fortgesetzte Uebung mit Zuhülfenahme hydropathischer Proceduren wieder fast normal. Diese Curen stellen freilich grosse Anforderungen an die Willenskraft des Kranken, er muss selbst gesund werden wollen und die Bestrebungen des Arztes mit activem Interesse entgegenkommen, sonst ist es besser, er lässt die Behandlung, da sie für beide Theile gleich ermüdend und zwecklos ist.

Fasse ich zum Schlusse das Hiergesagte noch einmal zusammen, so wende ich die Massage im Verein mit activen und passeven Bewegungen bei folgenden Gelenkassetionen an:

I. Bei allen subcutanen Gelenktraumen
 a) Distorsion,
 b) Fractur,
 c) Luxation.

II. Bei einigen Formen der fungös-granulirenden Gelenktuberculose unter Beobachtung der geschilderten Punkte.

III. Beim Rheumatismus articul. chron.

IV. Bei den deformirenden Gelenkerkrankungen.

V. Bei den Folgezuständen acuter Gelenkerkrankungen nach Rückgang der entzündlichen Processe.

Referate.

E. Tiercelin. Die Enteroclyse insbesondere in ihrer Anwendung bei den infectiösen Gastro-intestinalerkrankrankungen der Säuglinge. Winternitz, Bl. für klin. Hydrother. 1897, H. 2.

Verf. empfiehlt grosse Hochklystiere gegen die infectiösen Darmerkrankungen von sowohl Erwachsenen als Säuglingen. In hoch fieberhaften Fällen empfiehlt er eine Wassertemperatur von 25° C., wodurch die Körperwärme um 1—1,5° C. herabgesetzt werde. Bei Infectionen mit algidem Typhus sei im Gegentheil eine Wassertemperatur von 38—39° angezeigt, um dem Körper entsprechend Wärme zuzuführen.

Verf. wendet meist einfach gekochtes Wasser an, in manchen Fällen, mit Zusatz von 0,7% Salz, bei follicularen Processen auch Eibischabkochungen.

Was die Menge der injicirten Flüssigkeit anbelangt, so variirt sie nach dem Alter der Kranken: Erwachsene vertragen die Einführung von 3,4 ja selbst 5 Liter, während man bei Säuglingen mit 1 L. sein Auskommen findet und niemals 2 L. überschreiten darf. Die Darmausspülung kann mehrmals täglich wiederholt werden, soll aber nicht durch mehr als 4—5 Tage fortgesetzt werden, damit der Gefahr einer ernsten Dilatation und Atonie des Darmes vorgebeugt werde.

Die Technik der Enteroclyse ist sehr einfach. Man bedient sich einer Hegar'schen Irrigationsvorrichtung mit einem Fassungsraume von 2 l. und einer Kautschuk-Rectalsonde von 20—30 cm. Länge und einen nach dem Alter des Individuums wechselnden Kaliber (bei Säuglingen Nr. 25 Charrière).

Der Pat. befindet sich während der Operation in horizontaler Lage, etwas nach rechts gelegt, so dass das Coecum in eine günstige geneigte Lage kommt. Das Darmrohr wird 15 bis 20 cm. weit eingeführt, der Anus mit den Fingern hermetisch geschlossen und nun das Irrigationswasser aus einer Höhe von blos 10—20 cm. unter geringem Drucke und allmählig eingelassen wobei es sich empfiehlt, die ersten, durch Fäcalmassen stark verunreinigten Flüssigkeitsportionen sofort wieder abfliessen zu lassen. Ist die gesammte Flüssigkeitsmenge in den Darm eingedrungen, so wird die Sonde gänzlich entfernt und, je nach dem Grade der Verunreinigung des abfliessenden Spülwassers, die kleine Operation wiederholt. Bei Erwachsenen, wo 2 l. Flüssigkeit nicht genügen, wird das Irrigationsgefäss, bevor es noch völlig entleert ist, nachgefüllt.
Buch (Willlmanstrand).

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1265. Sitzung am 10. März 1897.

Dr. Th. v. Schroeder demonstrirt das unlängst für die Augenheilanstalt angeschaffte Assmuss'sche Sideroscop.

Es dient zur Erkennung und genaueren Localisirung von Eisenspittern im Auge, ist aber auch an jedem anderen Körpertheil zu diesem Zweck anwendbar. Eine an einem Cocon-

faden in einem Glasröhrchen frei schwebende Magnetnadel wird bei Annäherung eines Auges, in dem sich ein Eisensplitter befindet, angezogen. Die Grösse ihrer Bewegung, der Ausschlag, wird mittelst Fernrohres an dem Spiegelbilde einer feststehenden Scala abgelesen, die dem Apparate gegenüber steht und in einem kleinen, an der Magnetnadel selbst angebrachten, also mit ihr sich bewegenden Spiegelchen reflectirt zu sehen ist. Ist der Ausschlag stark, so ist er schon mit blossem Auge sichtbar; bei maximalem Ausschlag legt sich die Magnetnadel fest und unbeweglich an die Wand des Glasröhrchens an. Schr. zeigt, wie die Untersuchung mit dem Sideroscop vorzunehmen ist und spricht über die Schlüsse, die aus den Resultaten desselben gezogen werden können. Ist das Resultat negativ, so lässt sich einerseits mit grösserer Sicherheit die Prognose stellen und die erforderliche Behandlung bestimmen, andererseits werden alle unnützen Extractionsversuche mittelst des Electromagneten vermeiden. Ist das Resultat positiv, so geben die mittelst des Sideroscop erhaltenen Daten die Möglichkeit über die Lage und die Grösse des Splitters zu urtheilen. Der Splitter befindet sich der Stelle der Bulbuswand am nächsten, die den Magneten am stärksten anzieht. Findet an einer Stelle maximale Anziehung statt, sonst nirgends oder nur eine sehr geringe, so handelt es sich um einen sehr kleinen Splitter, der der Bulbuswand nahe anliegt; ein solcher übt in der Entfernung von einem Bulbusdurchmesser keine Wirkung mehr auf den Magneten aus. Findet dagegen auf der der maximalen Anziehung gegenüberliegenden Seite des Bulbus eine Wirkung auf den Magneten statt, so ist der Splitter grösser. Ein solcher grösserer Splitter kann dadurch Schwierigkeiten betreffs seiner genaueren Lagebestimmung bereiten, dass in sehr grosser Ausdehnung der Bulbuswand maximale Anziehung stattfindet. Dann hilft man sich dadurch, dass man die schwebende Magnetnadel durch eine zweite so weit nach der anderen Seite ablenkt, dass sie nur noch an einer Stelle der Bulbuswand maximal angezogen werden kann; dort ist dann der Sitz des Splitters.

Nach Magnetisiren des Splitters im Auge (durch Bestreichen des Auges mit einem Electromagneten) lässt sich ferner die Lage der Pole desselben bestimmen, wodurch seine Stellung im Bulbus noch genauer praecisirt wird. Das Magnetisiren ist bei sehr kleinen Splittern, die undeutliche Ausschläge geben, immer nöthig, weil dann die Ausschläge viel stärker werden.

Die Bedeutung dieser Schlüsse auf Lage und Grösse des Splitters bei positivem Befunde sind verschieden je nach der Art der Verletzung.

Sind die brechenden Medien des Auges klar und das Sehvermögen erhalten, die nach Einschlagen des Splitters durch die Sclera, so gelingt es ja noch öfter ihn mittelst des Augenspiegels zu sehen; aber häufig genug ist er mit Blut oder nach Verlauf einiger Zeit nach der Verletzung mit Exsudat bedeckt, so dass er mit dem Spiegel wohl an dieser Stelle vermuthet, aber erst durch das Sideroscop dort sicher nachgewiesen werden kann. Eine sichere Diagnose aber giebt uns erst das volle Recht ein sehendes Auge der eingreifenden Operation der Splitterextraction mittelst des Electromagneten zu unterwerfen, die zur Rettung des Sehvermögens nöthig sein kann. Wenn diese Operation bisher auch schon bei grosser Wahrscheinlichkeit der Diagnose gemacht wurde, so war man dazu durch die Nothwendigkeit gezwungen, der Eingriff war daher aber stets ein riskanter.

In der Mehrzahl der Fälle von Splitterverletzung ist die Linse durchgeschlagen und cataractös getrübt. Hier nutzt der Augenspiegel nichts mehr zur Diagnose und da die Angaben der Verletzten betreffs des Verbleibs des Splitters meist sehr unsicher sind, so kann hier nur das Sideroscop sicheren Aufschluss darüber geben, ob ein Splitter im Auge enthalten ist. So lange das nicht erwiesen ist, darf der Electromagnet nur an die Wunde oder an die Curven probeweise angelegt werden, um den Splitter zu extrahiren oder in die vordere Cammer zu ziehen, was aber nur selten Erfolg hat. Das Einführen des Electromagneten in den Bulbus und das Suchen in seiner Tiefe nach dem wahrscheinlich in ihm befindlichen Splitter ist wohl früher öfter und bisweilen mit gutem Erfolg gemacht worden, wurde aber in letzter Zeit schon möglichst vermieden, da dabei der Glaskörper, bisweilen auch die Retina stark verletzt wird und in Folge dessen leicht Netzhautablösung selbst nach gelungener Extraction eintritt. Man war dazu aber trotz dieser Gefahr doch bisweilen gezwungen, wenn fortdauernde Reizerscheinungen die Existenz des Bulbus oder gar das andere Auge gefährdet erscheinen liessen. Bei der durch das Sideroscop in diesen Fällen jetzt ermöglichten sicheren Diagnose und Localisation wird jedes unnöthige Eingehen mit dem Electromagneten, sowie das gefährliche Umrühren des Glaskörpers beim Suchen ganz vermieden, da man den kürzesten Weg wählt und mit dem Electromagneten direct auf den Splitter oder doch ganz in seine Nähe gelangt. Dadurch lässt sich noch manchem Auge ein gewisser Grad von Sehvermögen erhalten.

In den Fällen endlich, wo grosse Splitter durch Blutung Netzhautablösung etc. schon gänzlichen Verlass des Sehvermögens geführt haben, ermöglicht die sichere Diagnose mittelst des Sideroscop einen möglichst schonenden Eingriff zur Entfernung des Splitters und damit oft die Erhaltung des Bulbus, die dem Unbemittelten von grosser Wichtigkeit ist, und die Bewahrung des anderen Auges von der ihm drohenden sympathischen Ophthalmie.

Im Augenhospital sind bisher erst 17 Fälle von Verletzung des Bulbus durch Eisensplitter zur Untersuchung mit dem Sideroscop gekommen. In 11 Fällen war das Resultat negativ, in 6 Fällen positiv. Letztere waren alle schwere Verletzungen, nur in einem Falle war noch ein geringes Sehvermögen erhalten; in zwei vor längerer Zeit verletzten Fällen war der Bulbus schon atrophisch. 2 Patienten verweigerten jede Operation; bei einem war schon Panophthalmitis im Gange, sodass der Splitterextraction gleich die Evisceration folgen musste. 2 Mal wurde der Splitter mittelst des Electromagneten extrahirt und dadurch dem einen Pat. der blinde Bulbus, dem anderen ein geringes Sehvermögen erhalten. Bei einem Pat. endlich ergab das Sideroscop einen sehr grossen, sehr weit hinten aussen sitzenden Splitter; es wurde daher angenommen, dass er mit grosser Gewalt eingedrungen sei und hinten fast auf der Sclera sitze. Deshalb wurde kein Extractionsversuch gemacht, enucliert, wonach sich die Diagnose als richtig erwies, denn der 8 Mm. breite, 1 Mm. dicke Splitter steckte hinten aussen in der Sclera, die er halb durchgeschlagen hatte.

Diese Resultate sind nicht glänzend, aber doch schon genügend, um den Werth der Sideroscopuntersuchung zu zeigen. Weit klarer geht er aus den einzigen diesbezüglichen Veröffentlichungen von Assmuss hervor, der 85 Fälle von Bulbusverletzungen untersuchte. Von diesen gaben 26 ein negatives (1 Mal ein Kupfersplitter) 59 ein positives Resultat. Bei letzteren wurde 34 Mal die Extraction versucht, 11 Mal ohne, 23 Mal mit Erfolg und zwar 10 Mal davon mit Erhaltung eines mehr oder weniger guten Sehvermögens.

Assmuss führt an, dass auch in mehreren Fällen das Sideroscop zur Entfernung von Eisensplittern (Nadeln) aus den Weichtheilen anderer Körpertheile von grossem Nutzen gewesen sei.

Ein solcher Fall kam auch im Augenhospital vor. Ein 19-jähriger Arbeiter hatte sich vor 3 Wochen eine Verletzung an der linken Augenbraue mit einem grösseren Eisensplitter zugezogen, dessen Verbleib unbekannt blieb. Die Heilung verlief normal, aber es blieb unterhalb der Narbe am Orbitalrande eine empfindliche, zeitweise schmerzende Verdickung am Knochen zurück. Die Untersuchung ergab zur Zeit keine Entzündungserscheinungen, nur eine Empfindlichkeit der verdickten Partie des Knochens, die sich nach hinten in die Orbita erstreckte. Das Sideroscop ergab an dieser Stelle die Anwesenheit eines sehr grossen Eisensplitters, der dann auch gleich mittelst Messer und Pincette extrahirt wurde. Hier wäre die Anwendung der Röntgenschen Strahlen zum Nachweise des Eisensplitters nicht möglich gewesen, da er am Knochen und in der Orbita sass, wo die Durchleuchtung von keiner Seite möglich ist.

Zum Schluss wurde der ganz kürzlich angeschaffte und noch nicht benutzte Riesenmagnet von Prof. Haab demonstrirt, der zur Entfernung von Eisensplittern aus dem Auge dient. Da er, an die Verletzungs- oder die Operationswände angelegt, den Splitter mit gewaltiger Kraft aus der Tiefe des Bulbus an sich reisst, so wird bei seiner Anwendung das Eingehen in den Bulbus und die damit verbundene Verletzung des Glaskörpers und der Retina vermieden. Ueber die Indication seiner Anwendung und die mit ihm erzielten Resultate soll später einmal referirt werden.

(Autoreferat.)

2. Herr Blessig hält seinen angekündigten Vortrag: Ein Beitrag zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten auf Grund von Augenstörungen.

Herr Blessig fügt noch folgendes hinzu: bei Verletzungen des Auges durch Eisensplitter war man bisher (ohne Sideroscop) nur selten in der Lage mit Bestimmtheit die Anwesenheit des Fremdkörpers im Augeninnern nachzuweisen resp. auszuschliessen. Direct sichtbar ist der Splitter im Glaskörper nur in Ausnahmefällen, wenn nämlich keine erheblichen Linsen- oder Glaskörpertrübungen vorhanden sind; ebenso selten kann man mit Bestimmtheit behaupten, dass der Glaskörper keinen Splitter beherbergt. In den allermeisten Fällen war man bisher also darauf angewiesen aus den Angaben des Verletzten, aus der Grösse und Form der Wunde, aus dem Zustande des verletzten Auges sowie endlich aus dem weiteren Verlaufe mehr oder weniger unsichere Schlüsse zu ziehen. Noch schwieriger war die Frage in veralteten Fällen von chronischer Cyclitis an blinden geschrumpften Augen die Frage zu entscheiden. Der Mangel einer guten Diagnose aber machte sich um so empfindlicher geltend, als die Pro-

gnose sowohl wie auch die Indication zu operativem Eingriff in erster Linie davon abhängt, ob ein Fremdkörper im Auge zurückgeblieben ist oder nicht.

Der bisher gebrauchte handliche Electromagnet (von Hirschberg), der mit verschiedenen Ansätzen armirt ins Augeninnere eingeführt wird (durch die Verletzungswunde, oder durch einen zu dem Zweck angelegten Scleralschnitt, oder endlich durch die Operationswunde bei Extraction eines traumatischen Staars) — verspricht nur dann einen sicheren Erfolg, wenn die Lage des Splitters im Auge vorher bestimmt ist. Ist dieses der Fall, so kann der Magnet zielbewusst dem Splitter entgegengeführt werden. In den, wie gesagt, recht seltenen Fällen, in denen der letztere direct sichtbar war, gelang es auch bisher fast immer ihn zu extrahiren. In den allermeisten Fällen dagegen war man nur auf ein blindes Sondiren mit dem Magneten angewiesen, welches nur ausnahmsweise von Erfolg begleitet war. Das Sideroscop giebt uns jetzt mit grösster Genauigkeit Auskunft nicht nur über die Anwesenheit des Splitters im Augeninneren, sondern auch über seine Lage. Demit ist die ganze Frage der Magnetoperation in eine neue Phase getreten. Die Erfahrungen, welche hier in der kurzen Zeit seit Aufstellung des Sideroskops gemacht worden sind, berechtigen schon jetzt zu der Behauptung, dass der bisher gebrauchte Electromagnet nun unvergleichlich mehr Splitter aus dem Auge hervorholen wird (während bisher in hiesiger Anstalt im Jahre durchschnittlich nur 3—4 erfolgreiche Magnetextractionen (aus dem Glaskörper) verzeichnet werden konnten, sind deren ebenso viele schon jetzt in den ersten zwei Monaten seit Einführung des Sideroskops vorgekommen. Ueber die Verwendung des grossen Electromagneten, der soeben dem Verein demonstrirt wurde, haben wir noch keine Erfahrungen. Wahrscheinlich werden wir mit dem gewöhnlichen Magneten aus irgend welchen Gründen zum Ziele kommen können. Das vorsichtige und (was die Hauptsache ist) zielbewusste Hervorholen des Splitters mit dem alten Magneten ist jedenfalls schonender als das Herausreissen desselben mit der gewaltigen Kraft des neuen. Wo ersterer versagt, da freilich wird man doch immer zum letzteren greifen, da die Herausbeförderung des Fremdkörpers jedenfalls die Hauptsache ist, der gegenüber die Grösse des dabei im Auge gesetzten Trauma's nicht schwer ins Gewicht fällt. Was nun endlich die Prognose der Magnetoperationen in Bezug auf das Sehvermögen anlangt, so darf man sich darüber keine Illusionen machen. Ein brauchbares Sehvermögen bleibt auch nach glücklicher Extraction nur in der Minderzahl der Fälle dauernd erhalten. Viele der so verletzten und glücklich operirten Augen erblinden nachträglich an Netzhautablösung u. drgl. m., das ist bei der Schwere des Trauma's wohl verständlich: ausgedehnteren Verletzung des Glaskörpers muss zu Bindegewebsbildung in ihm, zu narbiger Schrumpfung, und damit zu Netzhautablösung führen. Die Magnetoperation, als solche verliert aber dadurch keineswegs ihren Werth. Gelingt es doch durch die Beseitigung des Fremdkörpers in den meisten Fällen das Auge als solches zu retten, seine Form und oft auch einen gewissen Grad von Sehvermögen zu erhalten, vor allen Dingen aber die Gefahr einer sympathischen Entzündung des anderen Auges zu beseitigen! Es folgt die Demonstration einer Sammlung von Fremdkörpern, welche im Laufe der letzten Jahre in der Augenheilanstalt aus verschiedenen Theilen des Auges entfernt wurden. Darunter befinden sich auch die in jüngster Zeit mit Hilfe des Sideroskops nachgewiesenen Eisensplitter. Ferner wird ein Bulbus demonstrirt, der nach erfolgtem sideroskopischem Nachweis des Splitters enucleirt wurde; der grosse Splitter hat die Hornhaut durchschlagen, ist durch das Augeninnere und hinten, durch die Sclera gedrungen, in der er auch zur Hälfte steckt.

Herr Blessig hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Beitrag zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten auf Grund von Augenstörungen». Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den Werth der Augensymptome für die topische Diagnose von Gehirnerkrankungen wurden zwei Fälle mitgetheilt: in dem ersten Falle handelte es sich um Hemiplegie, gleichseitige Oculomotoriuslähmung (Verschluss der Arteria cerebri profunda s. posterior), in dem zweiten Falle um doppelseitige Oculomotorius- und Trochlearis-Lähmung mit Störungen der Sensibilität (Herd am Boden des Aquaeductus Sylvii). Der Vortrag soll in extenso in der St. Pet. med. Wochenschr. erscheinen.

Discussion.

Herr Schröder. Der erste von Blessig mitgetheilte Fall bildet ein Unicum. Die Diagnose einer Läsion des Tractus opticus ist sehr schwer und kann nur vermuthungsweise gestellt werden.

Herr Blessig. Es wurde eine intrapedunculäre oder basale Blutung angenommen mit Druck auf den Tractus opticus. Die Section bot für diese Annahme allerdings keinen Beweis.

Herr Masing. Dass ein von aussen her auf das Gehirn wirkender Druck statt habe wurde daraus erschlossen, dass mit der Zeit die Function des am meisten median gelegenen Oculomotorius ganz normal wurde, die Störungen des Pedunculus cerebri sich zum Theil verloren, während der am meisten nach aussen liegende, also von dem Druck am meisten ausgesetzte Tractus opticus gelähmt blieb. Der negative Befund bei der Section beweist nichts gegen diese Annahme, da die Section erst nach 2 Jahren stattfand. Die Thrombose der Art. profunda cerebri hat vielleicht nur eine nebensächliche Bedeutung.

Herr Moritz. Für das functionelle Endresultat ist es gleichgültig, ob eine Embolie oder eine Hämorrhagie stattgefunden hat. Die Folgen sind nach längerer Zeit die gleichen.

Herr Schröder wendet sich gegen die Behauptung Blessig's, dass die Thrombose der Arteria communicans posterior die Hemianopsie verursacht habe. Wahrscheinlich ist es, dass ein Bluterguss auf die betreffende Hirnpartie gedrückt habe.

Herr Blessig giebt das zu, die Section wies aber eine stattgehabte Blutung nicht sicher nach.

Nachtrag.

In der nächsten Sitzung am 7. April giebt Herr Blessig folgendes zu Protokoll: Es stellt sich heraus, dass in dem besprochenen Falle die Hemianopsie als eine corticale, nicht als Tractus-Hemianopsie zu deuten ist. Sie war, ebenso wie die Hirnschenkel-Symptome, direkt bedingt durch den Verschluss der Arteria cerebri profunda (posterior). Diese Arterie versorgt die Sehsphäre der Rinde des Occipitallappens, wobei nur die der Macula lutea der Netzhaut entsprechende Stelle, ausserdem noch von der Arteria fossae Sylvii (cerebr. saeda) gespeist wird. Die erst versuchte Erklärung einer Tractus Läsion ist somit hinfällig. Der Fall gewinnt dadurch insofern an Interesse, als er dasjenige Symptomenbild vollständig darbietet, welches bei Verschluss der ganzen Arteria cerebri profunda erwartet werden muss, nämlich: Hirnschenkel-Symptome (Hemeplegie mit gekreuzter Oculomotorislähmung) plus Hemianopsie; letztere gleichzeitig mit der Hemiplegie. Analoge Fälle hat Blessig in der ihm zugänglichen Literatur bisher nicht gefunden.

Director: Dr. W. Kernig.
Stellvertr. Secretär: Dr. R. Wanach.

Vermischtes.

Das Petersburger Comité zum Empfang der ausländischen Gäste, die als Glieder des **XII. internationalen med. Congresses** nach Petersburg kommen, bittet ganz ergebenst die Herren Collegen um ihre liebenswürdige persönliche Mitwirkung 1) bei der Organisation von Dejouren auf den Bahnhöfen bei der Ankunft der Ausländer in Petersburg und 2) zur Hülfeleistung während des Aufenthaltes der Ausländer in Petersburg.

Erforderlich ist Kenntniss der französischen oder deutschen Sprache. Dejouren auf den Bahnhöfen werden voraussichtlich eingerichtet vom 1—5. und vom 15—18. August. Zu Dienstleistungen in der Stadt würden die Collegen vom 15—18. August in Anspruch genommen werden.

Die Herren Collegen, welche sich an den Dejouren auf den Bahnhöfen betheiligen wollen, werden gebeten sich schriftlich an Privatdoc. Dr. Danillo (Эртелевъ пер. 7.) zu wenden unter genauer Angabe ihrer Adresse.

Diejenigen Collegen, welche dem Comité in der im Punct 2 angeführten Weise helfen wollen werden gebeten sich an Prof. Dr. O. Petersen (Крюковъ кан. 6) zu wenden. Die detaillirte Vertheilung der Beschäftigungen wird in einer Versammlung vor dem 1. August vorgenommen, zu welcher die Herren Collegen besonders eingeladen werden sollen.

— Wie aus Stockholm berichtet wird, hat die Wiener Universität den König Oskar II. von Schweden anlässlich seines bevorstehenden 25jährigen Regierungsjubiläums in Anbetracht seiner wissenschaftlichen Verdienste zum Ehrendoctor aller vier Facultäten, somit auch der medicinischen, gewählt. Das Diplom wird, nach erlangter Bestätigung desselben durch den oesterreichischen Kaiser, von einer Abordnung der Universität dem Könige am Jubiläumstage überreicht werden. Ein solcher Fall ist bisher nur einmal vorgekommen und zwar i. J. 1825, wo Goethe gelegentlich seines 50-jährigen Amtsjubiäums von allen vier Facultäten der Landesuniversität Jena zum Ehrendoctor gewählt wurde.

— Die Kaiserlich Leopoldenisch-Karolinische deutsche Naturforscher-Academie hat dem Anatomen Geheimrath v. Kölliker (Würzburg) aus Anlass seines 80. Geburtstages die goldene Cothenius-Medaille zuerkannt. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Enthüllung des Pirogow-Denkmals in Moskau findet, wie der Präsident des Denkmal-Comités Prof. Dr. Djakonow mittheilt am 3. August d. J. statt.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem älteren Ordinator am Moskauer Militärhospital, Collegienrath Dr. Forbricher.

— Ernannt: der ausserordentliche Professor der Charkower Universität, Staatsrath Dr. Ponomarew — zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde an der genann en Universität.

— Befördert: Der Flaggmannarzt des Landstabes des älteren Flaggmanns der I. Flottendivision, Staatsrath Dr. Knorre - zum wirklichen Staatsrath, unter Verabschiedung mit Uniform, wegen Krankheit.

— Verstorben: 1) Am 3. Juli in Gatschina der ältere Ordinator des dortigen Hospitals, Staatsrath Dr. Thomas Rostkowski. Der Verstorbene übte seit 1875 die ärztliche Praxis aus. 2) Im Flecken Dunajewzy (Podolien) der Arzt am örtlichen Hospital, Alexei Spiridonow, im 42. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene hat seine Frau mit fünf Kindern ganz mittellos hinterlassen. Die Beerdigungskosten wurden mit den durch eine Sammlung beschafften Gel der bestritten. 3) Am 11. Juli n. St. in Berlin der Hofarzt Sanitätsrath Prof. Dr. Oscar Boer, im Alter von 50 Jahren. Der Heimgegangene gehörte zu den Mitarbeitern Rob. Koch's und seiner Schule und hat gemeinsam mit Behring, Ehrlich und Brieger Arbeiten über die Immunitätslehre und die Serumtherapie veröffentlicht. 4) Am 15 Juli n. St. in Wiesbaden der bekannte Physiologe Prof. Dr. Wilhelm Preyer, welcher von 1869—1888 die Professur der Physiologie in Jena bekleidete und dann als Privatdocent Vorlesungen über Physiologie an der Berliner Universität hielt, im 57. Lebensjahre. Seine zahlreichen Schriften wurden auch in Laienkreisen viel gelesen.

— Den Privatdocenten der Kieler Universität Dr. Glaevecke (Gynäkologe) ist der Professortitel verliehen worden.

— Am 8. Juli wurde in Gegenwart I. Maj. der Kaiserin Maria Feodorowna bei den zum Ressort der Kaiserin Maria gehörigen Irrenhospital «Aller Leidtragenden» ein neues Gebäude eingeweiht, welches für weibliche Patienten bestimmt ist und in jeder Hinsicht den neuesten Anforderungen der Psychiatrie entspricht.

— Bei der militär-medicinischen Academie sind bereits so viele Anmeldungen zum Eintritt in die Academie eingelaufen, dass nur die Abiturienten der Gymnasien mit den besten Censuren wohl kaum unter 4 im Durchschnitt Aufnahme in die Academie finden werden. Der Schlusstermin zum Einreichen der Aufnahmegesuche ist der 15. August.

— In Warschau ist, wie das örtliche Tageblatt mittheilt, eine Gesellschaft in der Bildung begriffen, zu deren Gründung einige Warschauer Aerzte und Privatpersonen die Initiative ergriffen haben. Die projectirte Gesellschaft will sich zur Aufgabe stellen, Personen aus den intelligenten Bevölkerungsschichten billige ärztliche Hülfe zu beschaffen. Der Mitgliedsbeitrag soll auf nur 5 Rbl. pro Jahr festgesetzt sein, wofür jedes Mitglied entweder zu Hause oder in einem besonders dazu eingerichteten Hospital ärztliche Hülfe beanspruchen kann. Das projectirte Hospital soll für 50 Kranke allen Forderungen der Wissenschaft entsprechend eingerichtet werden.

— Der Kassenbestand des Russischen «Rothen Kreuzes» betrug am 2. Juli d. J. 4.707,592 Rbl. 29¼ Kop.

— Von dem Comité des Russischen «Rothen Kreuzes» ist beschlossen worden, bei dem auf Wassili-Ostrow zu erbauenden Asyl für Krüppel und unheilbare Kranke eine orthopädische Klinik nach dem Muster der in Kopenhagen bestehenden derartigen Anstalt einzurichten.

— In Moskau ist von der dortigen pharmaceutischen Gesellschaft die Gründung eines pharmaceutischen Instituts zum Andenken an die Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten in Aussicht genommen. Zur Beschaffung des erforderlichen Kapitals, zu welchem die ebenerwähnte Gesellschaft bereits 3000 Rbl. beigesteuert hat, sollen Sammlungen veranstaltet werden.

— Der Gesellschaft russischer Aerzte ist zur Errichtung eines Sanatoriums für Lungenkranke, welches auf dem Gute Taizy bei Duderhof an der baltischen Bahn ein Kapital von 476,266 Rbl., welches sich aus Spenden für wohlthätige Zwecke zum Andenken an die Kaiserin Maria Alexandrowna gebildet hatte und eine Summe von 30,000 Rbl. aus den Mitteln des Apanagenressorts angewiesen worden. Das genannte Sanatorium ist vorzugsweise für mittellose Personen bestimmt.

— Nachrichten, betreffend den bevorstehenden internat. med. Congress in Moskau. Dem Vernehmen nach ist Professor Dr. Rudolf Virchow, Präses des vorbereiteten deutschen Reichscomités für den internat. Aerztecongress in Moskau als Vertreter Deutschlands für die Abordnung gewählt worden, welche von Seiner Maj. dem Kaiser in Peterhof empfangen werden wird.

Bekanntlich geniessen die Mitglieder des internationalen med. Congresses vom 1. August ab den russischen Eisenbahnen das Recht freier Fahrt zum Congress und zurück. Da jedoch viele von den ausländischen Theilnehmern Russland näher kennen zu lernen wünschen und dieser Umstand beim Finanzminister vollen Anklang fand, so wurde neuerdings im Eisenbahndepartement eine Sitzung abgehalten, auf welcher beschlossen wurde, für die Theilnehmer des Congresses Rundreisebillets für 10 verschiedene Routen, deren Ausgang- und Endpunkt Moskau sein soll, zu einem sehr ermässigtem Preise herauszugeben. Diese Fahrkarten, welche auch von den Angehörigen der Congressmitglieder benutzt werden können, sollen bis zum 10. October gelten und werden in der Kanzlei des Organisationscomités verkauft werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Juli d. J. 7187 (62 wen. als in d. Vorw.), darunter 412 Typhus — (12 wen.), 844 Syphilis — (22 mehr), 115 Scharlach — (19 wen.), 131 Diphtherie — (1 mehr), 107 Masern — (8 wen.) und 19 Pockenkranke — (6 wen als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Juni bis 5. Juli 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
385	270	655	178	88	113	23	7	11	49	43	36	30	33	27	11	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 42, Scharlach 11, Diphtherie 43, Croup 5, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 3, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 140, Todtgeborene 31.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.
Frau Marie Kubern. Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.
Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв 3.
Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 12 Іюля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, 19. (31.) Juli 1897

Ueber Scrophulose, Tuberculose und Phthise und ihre Behandlung in Haus-Sanatorien [1]).

Von

Dr. med. S. Unterberger,

Oberarzt des Militär-Hospitals in Zarskoje-Sselo.

(Vortrag gehalten in Pernau am 4. Juni auf dem neunten livländischen Aerztetage.

M. H.! Ueber Scrophulose, Tuberculose und Phthise haben uns die letzten Jahre eine Fülle tüchtiger Arbeiten und detaillirten Aufsätze gebracht, so dass wir wieder im Stande sind, von neuen Gesichtspunkten aus, einen Rückblick zu werfen über die Fragen, erstens wie sich jetzt diese drei Krankheiten zu einander verhalten und dann, welches die Principien sind nach denen wir dieselben zu bekämpfen haben.

Nachdem Koch den Bacillus entdeckt hatte und derselbe dann in scrophulösen Processen, tuberculösen Herden und bei Schwindsüchtigen gefunden, schien es ganz erwiesen zu sein, dass die drei Krankheiten aetiologisch eins sind, dass der Tubercelbacillus die Ursache aller drei Krankheiten ist. Diese Anschauung ist mittlerweile stark erschüttert worden durch Experimente und durch die klinische Erfahrung. Bei der Impfung mit Tuberkelbacillen hat man nur Tuberkeleruptionen erzeugen können, aber nie ist es gelungen das klinisch-pathologische Bild der Scrophulose resp. Tuberkulose zu erzeugen wie z. B. fungöse Gelenk- und Knochenentzündungen, Peribronchitis, käsige Pneumonie, Drüsentuberculose etc. Prof. Biedert [2]) der die Anschauung vertritt, wo Tuberculose ist, da muss der Bacillus sein, schreibt in seiner grossen Arbeit über Scrophulose, dass es «unmöglich ist, den ganzen Complex der Erscheinungen der alten Scrophulose unter die Tuberculose zu rubriciren» und dass man «die milderen Herderkrankungen die ohne oder mit an Einfluss ganz zurücktretenden Tuberkelbacillen verlaufen, für die Scrophulose in Anspruch nehmen muss».

Die Tuberkelbacillen treten also zu den scrophulösen Processen hinzu, die Scrophulose aber hält Biedert wie ja die meisten Kinderärzte für eine constitutionelle Krankheit. Unter den Chirurgen hält Prof. Maas schon lange nicht alle fungösen Gelenk- und Knochenentzündungen für tuberculös d. h. bacillär und schloss sich somit den von Köster gehegten Anschauungen an, welcher die Tuberkel erst im neuen Gewebe entstehen sah. Prof. König, der bekanntlich einer der eifrigsten Anhänger ist von der Lehre, dass alle diese Processe tuberkulöser Natur sind, sagt, dass die malanische granulirende Ostitis in der Regel nicht tuberculös ist. Diese Vorgänge decken sich auch mit dem analogen in den Lymphdrüsen, wo nach Prof. v. Bergmann zuerst eine «scrophulöse Anlage» und «eine vorausgegangene nicht specifische Erkrankung das Gewebe der Lymphdrüsen zum Haften des Bacillus geeignet macht». Ebenso hat Prof. Biedert beobachtet, dass die Drüsen einmal gespickt mit Bacillen sind, ein andermal so arm daran und frei davon sind, dass der Vorgang in ihnen nicht lediglich und gleichmässig von den Bacillen abhängig gemacht werden kann.

In den Lungen fand und beschrieb Prof. Biedert als einer der Ersten Tuberculose ähnliche Herde, die er auch bis zum Tod beobachten und später bei Sectionen bestätigen konnte. Diese Anschauung vertritt Biedert bis in die neueste Zeit, wobei er die Ansicht verficht, dass diese Herde sehr häufig durch Bacillen inficirt werden. Prof. Middendorp [3]) in Gröningen behauptet in neuester Zeit strict, dass nach seinen zahlreichen Untersuchungen und Experimenten der Tuberkelbacillus nicht die Ursache der Tuberculose ist, die Bacillen sind nur die Abkömmlinge von Mund und Rachenbacillen; die Natur der Tuberculose ist noch unbekannt. Die mir freundlichst zugeschickten Präparate von Middendorp er-

[1]) St. Petersb. Wochenschrift Nr. 32 u. 49. 1896.

[2]) B.-Behandlung der Scrophulose. 1895.

[3]) M. La cause de la Tuberculose. Gröningen. 1897.

laube ich mir Ihnen später zu demonstriren. Nicht unerwähnt will ich lassen die jüngst erschienene Arbeit von Hillebrecht[4]), der in der Voraussetzung, dass es einen Scrophulosebacillus gäbe behauptet, dass derselbe sich im Organismus durch Metagenese oder Generationswechsel[5]) in einen Tuberkelbacillus verwandeln kann, etwa wie der Heubacillus durch verschiedene Culturen in den Milzbrandbacillus (Buchner).

Die ganze Confusion in der Bacillenfrage, sagt neuerdings Prof. Hansemann, beruht auf der Identificirung von Phthise und Tuberculose. «Es giebt Phthisen die vorzugsweise durch die Tuberkelbacillen bedingt sind und dann stets käsig sind; bei diesen Fällen finden sich dann auch Tuberkel in anderen Organen. Es giebt weiter Phthisen, die nicht durch den Tuberkelbacillus eingeleitet werden, bei denen er sich aber später ansiedelt und wo sich dann neben den schiefrigen ulcerösen und fibrösen Veränderungen, käsige Herde und Tuberkel finden. Endlich giebt es Phthisen, bei denen sich der Tuberkelbacillus überhaupt nicht findet; bei diesen fehlen dann aber auch die käsigen Herde und die Tuberkel. Dazwischen kommen allerhand Uebergänge und Variationen vor, so dass das Bild sich äusserst manigfaltig gestaltet. Wer aber die verschiedenen Formen der Phthise ohne Vorurtheil betrachtet und untersucht, der kann an der Richtigkeit des obigen Schemas nicht zweifeln. Es ist unmöglich alle die verschiedenen Formen der Phthise von einer Ursache heraus zu erklären».

Die neuesten Arbeiten zeigen uns nun, dass es Tuberkulose ähnliche Processe und nicht bacilläre Scrophulose giebt, an denen man leiden, genesen und auch sterben kann. Da andererseits nicht bacilläre Scrophulose und Tuberkulose ähnliche Herde pathologisch anatomisch identisch sind (Arnold), so muss man die nicht bacilläre Tuberculose also gleichfalls, für eine Constitutionskraukheit erklären, die in vielen Fällen bacillär werden und in Phthise übergehen kann, wobei dann nach den neuesten Forschungen nicht der Tuberkelbacillus, sondern verschiedene andere pathogene Microben sich als die wesentlichsten Urheber der destructiven Processe in den Lungen erwiesen haben. (Misch-Infection. Ortner, Penzold, Strümpel). Die bacilläre Tuberculose scheint somit nur eine Form des ganzen complicirten Bildes der Tuberculose zu sein, wie die bacilläre Phthise nur eine Erscheinung des manigfaltigen Bildes der Phthise ist.

Den Ausdruck Tuberculose müsste man bei Scrophulose Tuberculose und Phthise beibehalten, weil das anatomische Substrat ein und dasselbe ist, nämlich der Tuberkel. Das characteristische eines Koch'schen Tuberkels, Bacillenbefund, Riesenzellen und Verkäsung erweist sich allerdings jetzt als unhaltbar. Diese Tuberkel enthalten häufig keine Bacillen, Riesenzellen finden sich auch in anderen pathologischen Processen, ebenso kommt Verkäsung in Gummata, Krebs und anderen Geschwülsten vor. Was nun die Controlle durch Impfversuche betrifft, so giebt sie keineswegs einheitliche Resultate. Der Tuberkel ist somit ein lymphoides Neoplasma und muss nach Metschnikof für eine Reactionserscheinung des Lymphsystems angesehen werden und ist bei der Tuberculose noch unbekannter Natur.

Wie muss man sich die Vererbung der Tuberculose vorstellen? Koch und viele Kliniker behaupten, vererbt wird nur die Disposition, die Bacillen treten hinzu. Baumgarten behauptet, der Bacillus selbst wird vererbt. Die placentare Vererbung der bacillären Tuberculose nach Baumgarten ist constatirt in den Fällen, wo die Mutter an derselben litt, und ist leicht denkbar, denn die Placentargefässe lassen Microben durch. Die germinative Vererbung nach Baumgarten bei Menschen bleibt unverständlich. Es ist schwer denkbar, dass ein Spermazotoide mit Bacillen, Spirillen, Plasmodien gespickt in das Micropyl dringen kann und dann im Stande ist, sich fortzupflanzen.

Was nun die Disposition betrifft, so stellt man sich unter ihr vor eine geschwächte Widerstandskraft des Gewebes (Orth). Wir wissen aber, dass eine sogenannte Disposition für Geistes- und Nervenkrankheiten vererbt wird, ebenso für Herz- und Gefässkrankheiten, für Diabetes, Gicht etc., andererseits zwei Dispositionen, für zwei constitutionelle Krankheiten etc., hat da nicht Prof. Liebreich[6]) Recht, wenn er sagt, die Disposition ist ein Zustand der vom Normalen abweicht, er ist schon der Beginn der Krankheit. Die Tuberculose braucht dabei nicht gleich nach der Geburt aufzutreten, das Latenzstadium der Tuberculose ist unbegrenzt.

Die Vererbung der nicht bacillaren Tuberculose müssen wir uns also so denken, dass eine specifische Erkrankung des Lymphsystems — an das der Tuberkel stets gebunden — vererbt wird, wie etwa bei den Gefässerkrankungen (Herzfehler, Arteriosclerose, Haemophilie etc.), eine specifische Erkrankung des Gefässsystems vererbt wird[7]). Da nun Lymphgefässe sich überall im Organismus finden, so tritt auch die Tuberculose in allen Organen auf, am häufigsten aber in den Lungen. Bacillen können dann überall auftreten und die Tuberculose zu einer bacillären machen. Zur Entfaltung des ganzen complicirten Bildes der Scrophulose, Tuberculose und Phthise tragen bei Microben und ihre Stoffwechselproducte, ebenso gewiss auch chemische Substanzen. Nicht mit Unrecht sagt Hufeland, dass man durch eine fehlerhafte Nahrung Kinder scrophulös machen kann. Die Bunge'sche Anschauung, dass durch einen Ueberfluss an Kalisalzen in der Nahrung Scrophulose sich entwickeln und durch Verabreichung von Natronsalzen beseitigt werden kann, hat vieles für sich; so z. B. sprechen für diese Anschauung vor allem die günstigen Resultate, die man in den Bädern von Soden, Obersalzbrunnen, Ems, Essentuki u. A. erzielt hat.

Welche Rolle spielt nun bei der Tuberculose der Koch'sche Bacillus? Wie der Bacillus überhaupt im Organismus auftritt ist noch sehr wenig bekannt und voll von Controversen. Wir sehen, dass man durch die Athmungsluft denselben nicht verbreitet. Ebenso kann die Milch tuberculöser Kühe — es sollen über 50% tuberculös sein — die Verbreitung nicht fördern, denn dann wäre ja nicht das Verhältniss der Darmdrüsentuberculose zur Lungendrüsentuberculose wie 1:10. Das Nichtauffinden der Bacillen im Sputum und in den Organen ist aber kein Zeichen, dass man es nicht mit einer bacillären Tuberculose zu thun hat, ebensowenig, dass man es überhaupt nicht mit der Tuberculose zu thun hat, die übrigens unter Umständen gleichfalls ein lethales Ende nehmen kann (Biedert).

Ist die grosse Furcht vor dem Bacillus so begründet, wie man es sich gleich nach seiner Entdeckung vorstellte?

---

[4]) H. Scrophulose und Tuberculose. 1897.

[5]) Unter Metagenese oder Generationswechsel im weiten wissenschaftlichen Sinne verstehen wir nach Steenstrup eine Art der Fortpflanzung, wie eine solche bei den niederen Thieren und Pflanzen vorkommt, bei welcher die Nachkommen in der Reihenfolge der Generationen durch Vermehrung des Stammthieres abwechselnd auf geschlechtlichem und nicht geschlechtlichem Wege (Sprossung, Theilung) sehr verschiedene Formen durchläuft und bei der oft erst die Nachkommen der dritten oder vierten Generation die Form der Stammeltern wieder annehmen und zur Form des Ausgangspunktes zurückkehren.

[6]) L. Berliner kl. Wochenschr. Nr. 14—15. 1895.

[7]) Vererbt wird väterlicher- und mütterlicherseits die nicht bacilläre Tuberculose ebenso wie die Gefässkrankheiten, wobei aber glücklicherweise nicht jedes Kind tuberculös oder herzkrank zu sein braucht, häufig überspringen die Tuberculose und die Gefässkrankheiten eine ganze Generation.

Stellen wir uns auf den Boden der klinischen Beobachtung, so muss, sagt mit Recht Michaelis, wenn die Tuberculose unter den Menschen sich dadurch verbreitet, dass Tuberkelbacillen aus verstaubtem Sputum in die Lungen dringen, die Tuberculose die Menschen an denjenigen Plätzen am meisten heimsuchen, an welchen Sputummassen seit Jahrzehnten rücksichtslos nach aussen gefördert werden. Zeigt die klare Beobachtung, dass das nicht geschieht, so bleiben zur Erklärung im Wesentlichen nur zwei Wege übrig: entweder haben die Bacillen durch ihren Aufenthalt in der Luft ihre Virulenz eingebüsst und dann wäre es überflüssig gegen dieselben anzukämpfen, oder, die Menschen, die an diesen exponirten Plätzen lebten, hatten in sich einen Schutz, der sie die eventuellen Schädigungen durch das Eindringen der T.-bacillus in den Organismus überwinden liessen.

Die sorgfältigen und jetzt immer häufiger citirten Arbeiten von Riffel, Haupt[8]) und Michaelis[9]) zeigen zur Evidenz, dass in den seit Jahrzehnten von Schwindsüchtigen heimgesuchten Orten, die Einwohner ein hohes Alter erreichen und die Tuberculose sich an diesen Orten fast nur durch Heirath verbreitet; ebenso ist eine Ansteckung in den Hospitälern nie positiv constatirt und unter Eheleuten[10]) bleibt in 90 Fällen unter 100 Eheleuten die Tuberculose aus. Vererbung[11]) kann jetzt in mindestens ²/₃ aller Fälle nachgewiesen werden, aber in einem Drittel bleibt die Ursache bis jetzt noch unbekannt, man muss Infection oder Intoxication annehmen[12]).

[8]) Haupt hat eine sehr sorgfältige statistische Aufstellung der Gesundheitsverhältnisse in Soden, diesem allbekannten Kurorte für Lungenkranke, gemacht und fand unter den ältesten 52 Leuten, die zwischen 70 und 90 Jahren alt waren und im Laufe ihres Lebens 31 Wohnungen inne hatten, welche sie im Sommer den Lungenkranken vermietheten, wo bei der Hälfte von ihnen gleichzeitig die Wartung und Bedienung der Kranken während der Saison besorgten, keinen einzigen Phthisiker. Haupt ist auch bei seinen Forschungen einzelnen förmlichen Hausepidemien begegnet und fand, als er dabei immer weiter auf den Grund der Erkrankungen eindrang, was bisweilen nur auf sehr mühsamen Umwegen zu ersuchen war, dass Heredität constatirt werden konnte.

[9]) Michaelis practicirt über 30 Jahre im Badeorte Rehburg. Ueber 50 Jahre existirt dieser Badeort und wird jährlich zur Saison von circa 500 Tuberculösen besucht. Zur Zeit beträgt die Einwohnerzahl 350 Seelen, welche in 65 Häusern bis 70, selbstständigen Haushaltungen wohnen und heute beherbergt der Badeort Rehburg unter seinen Bewohnern drei Tuberculöse, die alle drei zwar auch da geboren, die alte Heimath schon als tuberculose Kranke wieder aufsuchten, nachdem sie in der Fremde sich die Tuberculose erworben hatten. (Monatsschrift f. practische Balneologie. Nr. 1. 1897.)

[10]) Lendet fand dei 112 Ehepaaren nur 7 Mal, wo beide Theile an Schwindsucht starben und Haupt bei 1061 Ehepaaren in 93%. wo beide Theile gesund blieben.

[11]) Die Erblichkeit fand
Bockendahl in ¹/₂ der Fälle.
Pidoux » ¹/₄ » »
Briquet » ¹/₃ » »
Rufz » ⁵/₆ » »
Siée » ⁹/₁₀ » »
Renzi » ¹/₃ » »

Michaelis fand, dass in 1000 Beobachtungsfällen ihm angegeben wurde, dass der Tod erfolgt war an Tuberculose:
beim Vater allein in 150 Fällen.
bei der Mutter » » 156 »
bei beiden Eltern » 168 »
b. d. Geschwistern » 200 »
bei Geschwistern und Eltern zusammen in 152 Fällen d. h. in 1000 Fällen kam die hereditäre Beanlagung so zum Ausdruck, dass nicht weniger als 72% so belastet waren, dass ihre nächsten Blutsverwandten der Tuberculose erlagen.

[12]) Ebenso wie die Arteriosclerose nach Huchard und anderen Autoren ererbt und acquirirt (Lues, Malaria, Tabak, Leucomaine und Ptomanie nach überreicher Nahrung u. s. w.) werden kann, so verhält es sich auch mit der nichtbacillären Tuberculose resp. Scrophulose. Bei beiden Krankheiten brauchen ausserdem nicht alle Organe auf einmal ergriffen zu sein, häufig kommt die Krankheit nur in einzelnen Theilen des Körpers vor und vererbt sich dann ebenso nicht selten nur auf dieselben Organe.

Die Directive für unser Handeln ist somit klar vorgezeichnet: wir müssen unser Sputum welches alle möglichen pathogenen Stoffe enthalten kann ebenso wie alle unsere Excrete vernichten, vor allem aber unseren Organismus stärken, um die angeborene oder acquirirte Tuberculose zu überwinden. Letzteres erreichen wir durch hygienisch-diätetische Massregeln, in zweiter Reihe erst durch medicamentöse Behandlung.

Brehmer hat das grosse Verdienst das hygienisch-diätetische Regime bei der Behandlung von Schwindsüchtigen resp. Tuberculösen wiederum in den Vordergrund treten zu lassen. Dettweiler's Verdienst ist nicht minder gross, als er nachwies, dass man dieses Ziel erreichen könne, auch wenn man nicht in die hohen Berge zieht; ausserhalb grosser Städte, in frischer Luft könne man dasselbe erreichen. Als nun vollends Prof. v. Leyden erklärte, dass der Berlinerstaub nicht verderblicher sei als der Staub in den Schwindsuchtsorten der Schweiz und der Reviera und die Zeit ein für alle Mal vorüber ist, wo man jeden Schwindsüchtigen meiden müsse, da tauchten überall Heilstätten für Lungenkranke auf, sowohl grosse als auch kleine Privat-Sanatorien. In dieser Beziehung haben auch die verehrten Professore[13]) unserer alma mater Dorpatensis Bedeutendes geleistet und viele Mitglieder des livländischen Aerztetages. Wohl in keinem Lande sind die Principien der grossen Sanatorien schon seit längerer Zeit in dem Masse angewandt worden, wie in den Ostseeprovinzen. Wo die Mittel fehlten ins Ausland zu gehen, wurden die Kranken aufs Land geschickt und fanden in Pastoraten, und Doctoraten und bei Förstern Unterkunft unter streng ärztlicher Leitung und die Resultate lauten äusserst günstig! Auch in den Hospitälern hat man Versuche gemacht, die Tuberculösen nach dem Muster der grossen Sanatorien zu behandeln. Leider sind diese Fälle sowohl im Auslande wie bei uns vereinzelt und man hat dabei nicht die richtige Energie gezeigt. was ich speciell für eine grosse Unterlassungssünde halte. Man sollte doch als nachahmungswerthes Beispiel das Brompton- und Victoria-Hospital in London im Auge behalten, Gebäude, die mitten in der Riesenstadt stehen, und wo die Resultate doch zur Aufmunterung und Nacheiferung genügende Veranlassung geben. Ebenso dürfen wir nicht vergessen, dass man circa 50% Naturheilungen[14]) bei den

[13]) Prof. Dehio. Zur Therapie der Phthise. St. Petersburger Wochenschrift. 1894. Nr. 44.

[14]) Tabelle.

Autoren	Zahl der Sectionen	Zahl der Fälle wo bei anderen Todesursachen Narben. und Afffectionen constatirt werden.	Procent
Rogée	100	51	51,0
Boudet	135	116	85,9
Beaux	166	157	91,5
Bennet	73	28	38,3
Baudet	197	10	5,0
Massini	228	89	39,0
Bollinger	400	69	17,2
Flint	670	75	11,2
Loomis	763	71	9,3
Heitler	16562	789	4,7
Chiari	701	99	14,1
Hanau	100	27	27,0
Joseph Coats . .	1031	177	1,9
Fowler	1943	42	9,0
Sidney Martin . .	445	54	9,4
Thomas Hanis . .	139	—	38,0
Ransone	—	—	50,0
Letulle	—	—	50,0
Brouardel	—	—	75,0
Walker	—	—	4,0
Renvers	—	—	30,0
Fürbringer	—	—	10,0
Torliani	—	—	42,0
Babés	—	—	70,0

Tuberculösen annimmt. Wenn also gewiss eine bedeutende Zahl von Tuberculosen von selbst heilen, so ist doch ausser Frage, dass die Unterbringung in Sanatorien ein ausserordentlich günstiges Moment zur Heilung sei. Dieses Ziel in kurzer Zeit zu erreichen ist jedoch unmöglich, wir haben ja nicht die Mittel sofort die nöthige Zahl von grossen Sanatorien zu bauen, andererseits haben wir ja überhaupt einen grossen Mangel an Hospitälern Nach Grebentschikow kommt bei uns ein Hospital auf 50,000 Einwohner und ein Bett auf 1600 Einw., während in Deutschland ein Bett auf 400 Einwohner kommt. Es fragt sich ausserdem, was im Augenblick nothwendiger wäre zu bauen, Sanatorien oder Hospitäler für Syphilitiker, Geisteskranke, Alkoholiker, Lepröse?

Frische, sauerstoffreiche Luft, die wir in den Stadthospitälern durch energische Ventilationsvorrichtungen bis zu einem hohen Grade überall haben können, dann die so hochwichtige Hautpflege durch trockene und feuchte Abreibungen, ferner kräftige, fettansetzende Diät, die eine geregelte Verdauung erzeugt, so wie vernunftgemässe Abwechselung zwischen Arbeit und Ruhe, das sind die Geheimnisse, die so günstige Resultate bei der Behandlung der Tuberculösen in den grossen Sanatorien schaffen, können wir das nicht in der Mehrzahl unserer Hospitäler haben? Meine Beobachtungen zeigen deutlich, dass wir dieses Ziel in Hospitälern im hohen Grade erreichen können und wonach wir daher durchaus streben müssen! Die Einrichtung von Haus-Sanatorien, wie ich diese Heilstätten der Schwindsucht genannt habe, liesse sich ja mit Leichtigkeit in jedem Hospital, ja in jeder Häuslichkeit bewerkstelligen und sie wird entschieden dann auch die Aerzte veranlassen, sich eingehender mit der Tuberculose, dieses Geissel der Menschheit, zu befassen und häufiger Frühdiagnosen zu stellen, die ja so äusserst wichtig in prognostischer Beziehung sind.

Im Laufe von 18 Monaten habe ich im Haus-Sanatorium [15]) meines Hospitals 119 Tuberculöse gehabt, von diesen sind als relativ geheilt entlassen 8, gebessert 47, also Vortheile erzielt bei 55. Ohne Resultat oder in verschlimmerten Zustande wurden 54 entlassen, gestorben sind 10. Fälle von absoluter Heilung haben wir nicht zu verzeichnen gehabt. Relative Heilung bestand im Zurücktreten aller acuten catarrhalischen Symptome in den Lungen und einer Abschwächung der Dämpfnng. Bacillen sind entweder nicht nachweisbar oder nur in vereinzelten Exemplaren von Zeit zu Zeit vorhanden gewesen. Das Körpergewicht hatte zugenommen, die Temparatur war bis zur Norm gesunken. Störnngen im Kreislaufe und in den Verdauungsorganen waren geschwunden, der Patient fühlte sich munter und arbeitsfähig. Besserung bestand vorherrschend in einem gekräftigten Allgemeinbefinden. Die Erscheinungen in den Lungen waren gebessert oder sind nicht weiter verbreitet, sie sind stationär geblieben. Lebens- und Arbeitslust war aber in bedeutendem Masse gestigen. Viele dieser stationären Patienten konnten mit der Zeit sehr oft als relativ geheilt betrachtet werden. Bei einigen Kranken, die in die Gruppe ohne Resultat oder Verschlimmerung gebracht, ist eine erfreuliche Wirkung unseres Regimes zu verzeichnen gewesen: ein liegender Kranke fängt an zu gehen, sieht bedeutend wohler aus, der Appetit bessert sich, die deletären Erscheinungen in den Lungen gehen aber rascher oder langsamer vor sich, ebenso wollen sich nicht recht erholen die Circulationsverhältnisse und die Verdauungsorgane.

Die Resultate die wir im Haus-Sanatorium unseres Hospitals erhielten, sind sehr erfreuliche, und werden immer besser sobald die Kranken in weniger vorgerückten Stadien zu uns geschickt werden. Wenn auch die Procentzahl der Kranken, die Besserung erhielten (46%) kleiner ist als in den grossen Sanatorien, wo sie im Mittel 70% beträgt, so ist sie doch auffallend besser, als wir sie in Hospitälern gewohnt sind zu finden. Wir müssen ja nicht vergessen, dass wenn die Mehrzahl unserer Kranken (2/3 derselben) in die grossen Sanatorien gebracht, die günstigen Resultate dieser sofort um vieles verschlimmern würden. Das haben ja genüge gezeigt die neueröffneten Sanatorien für Unbemittelte in Malchow und Ruppertsheim, als man alle Schwindsüchtige auf ein Mal in dieselben transportirte; die Resultate wurden augenfällig ungünstige, worauf man dann sich entschloss, nur Kranke mit weniger vorgerücktem Leiden aufzunehmen.

Einen grossen Nutzen haben aber alle unsere Kranke gehabt: sie verliessen alle gestärkt das Hospital, gewöhnt an ein Regime, welches sie auch zu Hause durchführen können, und durch welches sie in den Stand gesetzt werden, ihre Arbeitsfähigkeit lange zu erhalten.

M. H. Sie sehen das Geheimniss der grossen Sanatorien bei der Bekämpfung der Tuberculosen ist in erster Linie das hygienisch-diätetische Regime. Im grossen Ganzen bietet uns in dieser Beziehung London ein grandioses Beispiel dafür, wie sich die Bevölkerung in sanitärer Beziehung bessert und speciell die Tuberculose abnimmt, sobald die hygienischen Verhältnisse günstigere werden.

Milliarden hat die Riesenstadt für gute Wasserleitung ausgegeben. Milliarden um prompte Abfuhr zu erreichen. Dabei sind mit draconischer Strenge die feuchten Kellerräume der Häuser trocken gelegt! Ventilirt werden die Zimmer den ganzen Tag. Bäder wurden täglich genommen, gegessen wird nicht übereilt, sondern langsam wird jeder Bissen sorgfältig zerkleinert. Man geht früh schlafen, gönnt sich sonst die nöthige Ruhe, dabei ist das Schlafzimmer kalt und trocken, aber man ist warm zugedeckt. Kinder, die die Schule besuchen, werden alle zwei Stunden auf eine halbe Stunde ins Freie geschickt; wer nicht gehen kann, muss ein Zeugniss darüber vom Arzte bringen. Das Resultat solcher hygienisch-diätetischer Massregel ist in die Augen fallend. In 50 Jahren ist in London, das doppelt so viel Einwohner hat als das Königreich Dänemark mit seinen $2^1/_2$ Millionen Einwohner, und das in dieser Zeit um eine Million gewachsen, die Sterblichkeit von 26 auf 16 pro Tausend gefallen. Hand in Hand mit der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse eines Landes, geht auch die Verminderung der Sterblichkeit an Tuberculose. In Paris starben im Jahre 1890 auf 10,000 Einwohner 45 an Tuberculose und in London im Jahre 1888 auf 10.000 Einwohner 24!

M. H.! Welches Ziel ist es also, nach dem wir bei der Bekämpfung der Scrophulose, Tuberculose und Schwindsucht zu streben haben? Wir müssen dem hygienisch-diätetischen Regime vor allem den Vorzug geben, an zweiter Stelle kommt die medicamentöse Behandlung! Verwenden wir somit all unsere Energie darauf, dass wir zuerst in allen Hospitälern der Behandlung nach den Principien der grossen Sanatorien das Bürgerrecht verschaffen und zweitens, dass bereits unsere Kinderstube ein Haus-Sanatorium darstellen möge!

[15]) Д. С. въ борьбѣ съ чахоткой. В. М. Ж. Іюнь 1897.

Zur Casuistik der Lungensyphilis.

Von

J. Taube in Moskau [1]).

Die Lunge gehört zu den Organen die in Folge von Syphilis ausserordentlich selten erkrankt. Nach Peter-

[1]) Vortrag gehalten den 6. Februar im ärztlichen Verein in Moskau.

sen's[2]) statistischer Zusammenstellung der syphilitischen Erkrankungen der Eingeweide entfielen von 1,757 Obductionen 2,3% auf acquirirte und angeborene Eingeweidesyphilis. Es war unter diesen 183 Fällen die Lunge nur 11 mal erkrankt gefunden. Diese relative Seltenheit mag die Mittheilung eines einschlägigen Falles rechtfertigen.

Frau S. 32 a. n. ist nicht hereditär belastet, ihre hochbetagten Eltern leben, ihre Geschwister sind gesund. Sie selbst ist stets anämisch und schwächlich gewesen.

Vor 8 Jahren hat sie an einer Halskrankheit gelitten, über deren Natur sie nichts Genaueres anzugeben vermag. Seit 5 Jahren verheirathet, hat sie im ersten Jahre ihrer Ehe ein gesundes Kind geboren, welches lebt und auch jetzt noch vollkommen gesund ist.

Im November 1894 stellten sich Fieber und trockener Husten ein und die schon ohnehin magere Pat. fing an merklich an Körpergewicht abzunehmen. Ende Februar 1895 consultirt, konnte ich folgenden Status aufnehmen.

Die ausserordentlich magere Pat. ist blass, es besteht leichte Dyspnoe, Husten mit geringem schleimigem Auswurfe, die Temperatur ist erhöht bis 38°. Die Percussion ergiebt Dämpfung über der rechten Lungenspitze vorn wie hinten, die Auscultation daselbst bronchiales Athmen und zeitweilig Rasselgeräusche. Die Untersuchung der andern Organe ergab nichts Abnormes, auch waren weder Drüsenschwellung noch Knochenauftreibungen zu constatiren.

Die wiederholt ausgeführte Untersuchung des spärlichen Sputums auf Tuberkelbacillen fiel stets negativ aus.

Bettruhe und forcirte Ernährung hatten in sofern einen Erfolg als Pat. wesentlich an Köpergewicht zunahm und ihr Allgemeinbefinden sich besserte, allein die physikalischen Erscheinungen von Seiten der Lunge, der Husten und das Fieber blieben unverändert. Die Temperatur schwankte stets zwischen 37,5 und 38,5.

Von Zeit zu Zeit traten leichte Schüttelfröste und Nachtschweise auf.

Ende April ging Pat. in einen klimatischen Kurort. Mitte September sah ich sie wieder. Pat. hatte zwar noch mehr an Gewicht zugenommen, die objectiven Erscheinungen aber von Seiten der Lunge, das Fieber und der Husten bestanden unverändert fort.

Seit Ende Juli litt Pat. an intensiven besonders nächtlich erscheinenden Schmerzen in beiden Tibien, welche ihr den Schlaf raubten und das Gehen erschwerten. Gleichzeitig war ein Geschwür von der Grösse eines Fünfkopekenstückes hinter dem linken Ohre und ein ebensolches auf der behaarten Kopfhaut aufgetreten. Die Untersuchung der Tibien ergab eine Periostitis unzweifelhaft syphilitischer Natur, welche zwei Drittel der Knochen einnahm. Die besagten Geschwüre waren zerfallene tuberöse Syphilise, wie das auch Privatdocent Dr. A. Lahz, der die Pat. zu untersuchen die Liebenswürdigkeit hatte, bestätigte.

Diese eben geschilderten Erscheinungen zwangen mich anzunehmen, dass auch die Lungenaffection syphilitischer Natur sei.

Es wurde eine specifische Behandlung eingeleitet unter der sich nicht nur die äusseren Symptome der Lues, sondern auch die Affection der Lunge besserten. Der Dämpfungsbezirk wurde immer kleiner, der Percussionsschall wurde sonor, das Athmen bekam vesiculären Charakter, das Fieber und der Husten schwanden. Nach ca. 3 Monaten waren keine Spuren der Lungenaffection mehr vorhanden.

Die Periostitiden heilten unter Hinterlassung einer leichten Knochenauftreibung in derselben Zeit. Am hartnäckigsten verhielt sich gegen die antiluetische Therapie das Syphilid am Kopfe, welches erst nach ca. 5 Monaten, eine strahlige Narbe hinterlassend, geschwunden war.

Jetzt ist bereits mehr als ein Jahr verflossen und bisher hat Pat. keine weitern Symptome von Seiten der Lungen gezeigt — sie ist als geheilt zu betrachten.

Hinweise auf eine syphilitische Erkrankung der Lunge findet man bereits bei Paracelsus, Peter Pinctor u. A.[3]) doch sind diese Beobachtungen weder durch physikalische Untersuchungen noch durch anatomische Befunde festgestellt. Eröffnet wird die Geschichte der Lungensyphilis erst durch die klassische Studie Virchow's[4]): «Ueber die Natur der constitutionellen syphilitischen Affectionen» in der er mit folgenden Worten auf die Existenz einer syphilitischen Pneumonie hinweist: «Seitdem ich mich überzeugt habe, dass das Gebiet der eigentlichen Tuberculose in der Lunge sehr zu beschränken ist und dass nicht alle schieferigen oder schwieligen Narben, nicht alle käsigen Knoten aus geheilten Tuberkeln hervorgehen, finde ich die Möglichkeit einer Lungensyphilis viel näher gerückt».

Seit jener Zeit sind zwar eine Reihe anatomischer Arbeiten und klinischer Beobachtungen veröffentlicht, jedoch unsere Kenntnisse von der Lungensyphilis nicht wesentlich gefördert worden.

Während die congenitale Lungensyphilis typische anatomische Veränderungen zeigt (weisse Hepatisation Virchow's), lassen sich die Läsionen des Lungenparenchyms bei erworbener Syphilis oft gar nicht von solchen nicht luetischen Ursprungs unterscheiden. Pathologisch-anatomisch sondert man eine gummöse von einer fibrösen oder sclerösen Form. Nach Untersuchungen von E. Storch[5]) ist jedoch, die als fibröse oder als diffus indurirende bezeichnete Lungenentzündung nur ein Nachstadium jener gummösen, welche sich aus fibröser Umwandlung der Gummiknoten entwickelt und durch consecutive, ebenfalls zur Verdichtung führende Lymphangitis verstärkt hat».

Die Diagnose der Lungensyphilis, besonders in ihrem Beginn, ist sehr schwierig, ja fast unmöglich, da sie keine pathognomonischen Symptome zeigt und sich von der Tuberculose der Lunge in Nichts unterscheidet. Auch sie beginnt meist langsam und unbemerkt ohne ausgesprochene subjective oder objective Symptome zu machen. Die ersten Klagen der Kranken bilden leichte Athembeschwerden, Hustenreiz, Abmagerung und geringes Fieber. Die physikalischen Erscheinungen dieser Periode sind entweder undeutlich ausgesprochen oder fehlen ganz, wenn das Gumma oder die Infiltration sich in der Tiefe befindet. Im weitern Verlaufe verschlimmern sich alle diese Symptome, Athemnoth und Husten werden heftiger, es wird Sputum von eitriger Beschaffenheit oft mit Beimengung von Blut expectorirt, in seltenen Fällen kommt es zu starker Haemoptoe. Mit der Bildung von Cavernen durch Zerfall der Gummata steigt das Fieber, treten Schüttelfröste und Nachtschweisse auf. Die Kranken magern immer mehr und mehr ab und gehen endlich cachectisch zu Grunde. Auch hier unterscheidet sich die Lungensyphilis in ihrem klinischen Bilde nicht von dem der Lungentuberculose.

Die von verschiedenen Autoren als charakteristisch für die Lungensyphilis angeführten Symptome haben nur einen bedingten Werth, da sie nicht constant sind.

So glaubt Pankritius[6]) in Bezug auf die Localisation behaupten zu können, dass eine syphilitische Affection stets die Lungenmitte betreffe, während von einer Reihe anderer Beobachter (Fournier[7]) luetische Affectionen der Lungenspitze beschrieben sind. Auch in unserem Falle handelt es sich um eine Spitzenerkrankung.

Was das Fieber anlangt, so geben die einen an, dass die Lungensyphilis fieberlos verlaufe, während andere ein remittirendes oder intermittirendes Fieber beobachten konnten. In unserem Falle bestand ebenfalls remittirendes Fieber.

In Bezug auf die Dyspnoe giebt Schnitzler[8]) an, dass dieselbe nicht im Verhältnisse zur Verkleinerung der respiratorischen Fläche stehe. Es käme nur geringe Athemnoth bei ausgebreiteter Lungenerkrankung vor und werde dieselbe meist nur durch gleichzeitig vorhandene Stenose des Larynx und der Trachea gesteigert.

[2]) O. Petersen. Versuch einer pathologisch-anatomischen Statistik der visceralen Syphilis. Monatshefte für Pract. Dermatologie. Bd. VII, Nr. 3.

[3]) Pancritius. Ueber Lungensyphilis, Berlin 1881.

[4]) Virchow's Archiv Bd. XV.

[5]) E. Storch. Bibliotheca Medica. Abtheilung C. Heft 8.

[6]) Pankritius l. c.

[7]) Fousnier. Centralblatt f. med. Wissenschaften 1877. 50.

[8]) Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht.

Ferner giebt Schnitzler[9]) an, dass der Husten bei Lungensyphilis nicht immer in geradem Verhältnisse zur Schwere der Erkrankung stehe.

Während endlich einige Autoren das Fehlen von Haemoptoe als obligatorisch für Lungensyphilis angeben, beschreiben andere solche Fälle mit wiederholtem Bluthusten.

Da der Nachweis specifischer Krankheitserreger augenscheinlich leider noch nicht einwandsfrei zur Anschauung gebracht werden kann, wäre für die Differencialdiagnose nur das gleichzeitige Vorhandensein syphilitischer Erkrankungen anderer Organe bei Fehlen von Tuberkelbacillen resp. Anwesenheit von fetzigem Gewebsdetritus im Sputum (v. Cube[10]) zu verwerthen.

Die Prognose richtet sich hauptsächlich nach dem Umfange des Processes in der Lunge und der Betheiligung anderer Organe. Während circumscripte ja selbst ausgedehnte Erkrankungen eine gute Vorhersage geben, verlaufen solche mit Complicationen von Seiten anderer Organe wie der Leber, Nieren und des Darms meist letal. Auch das Alter ist von Bedeutung für den Ausgang, während die Lungensyphilis alter Personen und Kinder mit congenitaler Lues meist tödtlich verläuft, kommt bei jugendlichen Individuen Heilung zur Beobachtung.

Referate.

Bruno Oppler: Ueber Nährpräparate als Fleischersatzmittel mit besonderer Berücksichtigung der «Nutrose». Therapeutische Monatshefte. Nr. 4, 1897.

Mit Recht hebt Verfasser gleich zu Beginn seines interessanten Aufsatzes hervor, dass die Ansichten über den Werth künstlicher Nährpräparate in neuster Zeit sich geändert haben; man ist nunmehr darüber einig, dass sie in den Fällen, wo unsere gewöhnlichen Nahrungsmittel, und sei es auch nur in den subtilsten Zubereitungen, noch verwendet werden können, keinerlei Anwendung verdienen; dass sie ferner nur eine werthvolle Unterstützung unserer gewöhnlichen Nahrungsmittel darstellen, letztere aber in keinem Falle vollkommen entbehrlich machen. Eine grosse Gruppe der Fleischersatzmittel stellen die Albumosen- und Peptonpräparate dar. Bei ihrer Empfehlung ging man von der Ueberlegung aus, dass man den Verdauungsorganen einen Theil der Arbeit bei der nothwendigen Peptonisation abnehmen müsse. In diese Gruppe gehören zahlreiche Präparate, so z. B. das Peptonum siccum (Witte), das Koch'sche, Liebig-Kemmerich'sche Pepton, die Somatose, das flüssige Pepton von Denayer, das Kraftbier, die verschiedenen Peptonchokoladen etc. In neuerer Zeit ist nun nachgewiesen worden, dass für ihre Verwendung als künstliche Nährmittel jede theoretische Grundlage mangelt, dass sie gegenüber geeigneten Eiweisspräparaten keinen Vortheil für die Ernährung bieten und, was äusserst wichtig ist, dass die meisten Peptone und Albumosen eine Reizwirkung auf den Magen-Darmcanal ausüben. Man ist desshalb bemüht gewesen geeignete Eiweisspräparate darzustellen, so z. das Eucasin und die Nutrose, die aus dem Casein der Milch hergestellt worden sind. Die Nutrose stellt ein weisses, das Eucasin ein gelbliches Pulver dar; beide haben keinen ausgesprochenen Geschmack und werden bei geeigneter Verabreichung auch nicht geschmeckt. Bei der Nutrose ist ein sehr geringer Geruch nach Alkohol vorhanden; das Eucasin riecht, zumal wenn die Büchse schon kurze Zeit geöffnet ist, nach Käse. Verfasser ist der Meinung, dass das Eucasin, als ein nicht steriles Präparat, leichter einem geringen Grade von Fäulniss unterliegt, als die Nutrose, welche als steril angesehen werden kann. Von den Patienten werden beide Präparate gleichmässig gerne genommen. Die Darreichung geschieht am besten durch Auflösung in Suppen, Milch, Cacao u. s. w. das Eucasin löst sich jedoch nicht ganz, es bleibt gewöhnlich ein ungelöster Rest zurück. Verfasser zieht im allgemeinen die Nutrose vor. Er verabreicht sie in Milch, Cacao, Caffee à 1—1½ Esslöffel auf 1 Tasse, oder wenn mehr feste Kost indicirt ist, mit Reis, Gries (12–20 g. auf 1 Portion). Die Indicationen für die Anwendung der Nutrose sind äusserst mannigfaltig: Es kommen in Betracht consumirende Krankheiten, die Tuberculose, Cachexie Anaemieen constitutioneller Art oder nach Blutverlusten, überhaupt alle Affectionen bei denen es wünschenswerth erscheint, den Eiweissgehalt der Nahrung glei hsam unmerklich zu steigern. Auch im Reconvalescenzstadium nach schweren Erkrankungen wie z. B. bei Typhus, bei Operationen am Rectum etc. kann die Nutrose verwendet werden, ferner bei Gicht und harnsaurer Diathese, wo man dadurch im Stande ist dem Körper die nothwendige Eiweissmenge ohne die nucleinhaltigen Stoffe zuzuführen. Die grössten Erfahrungen über die Anwendung der Caseinpräparate hat Verfasser bei den verschiedenen Erkrankungen des Verdauungstractus gemacht. In 2 Fällen von Oesophagusstenose gelang es ihm mittels gelöster Nutrose den Kranken ausreichende Eiweissmengen zuzuführen; in einem Falle von Cardiacarinom war es sogar möglich bei dem sehr heruntergekommenen Kranken eine Gewichtszunahme zu erzielen; dadurch kann natürlich der Kräftezustand so gehoben werden, dass eine vorher gewagt erscheinende Gastrostomie indicirt erscheint. Bei den Erkrankungen des Magens steht als Indication obenan die Verminderung oder das Fehlen der Salzsäure im Magensafte. Verfasser hat in solchen Fällen mit der Nutrose glänzende Erfolge erzielt; in 4 Fällen von Carcinom des Magens gelang es sogar nicht unerhebliche Gewichtssteigerung zu erzielen. Von sehr grossem Werthe erwies sich dem Verf. die Nutrose bei frischem Ulcus ventriculi, ferner bei Reizzuständen des Magens wie gastrischen Krisen, bei nervösen Gastralgien nach der Nahrungsaufnahme, nervöser Hyperacidität, hartnäckiger Anorexie etc. Auch bei den Erkrankungen des Darms bietet sich Gelegenheit zur Verwendung der Nutrose; Verf. hat dieselbe in Fällen von chronischer Enteritis, welche gegen Zufuhr von Fleisch und Eiern überaus empfindlich sind, mit grossem Nutzen angewandt. Schliesslich empfiehlt sich auch die Anwendung des in Rede stehenden Präparates als Nährklysma, sowohl allein, als wässrige Lösung mit Kochsalz-Zusatz, als auch als Beigabe zu den bekannten Milch-Eierklystieren.

Abelmann.

Maurit. Soll man die Fiebertemperaturen bekämpfen oder berücksichtigen. Arch. med. de Toulouse 15. Mai, 1. Juni 1896. Bl. f. klin. Hydrother. 1896, H. 8.

M. erinnert daran, dass er seit dem Jahre 1890 darauf geführt worden sei, die Fiebertemperaturen als günstige zu erachten, so lange sie in gewissen Grenzen bleiben. Der Autor hat durch seine Forschungen über die Leucocyten festgestellt, dass diese das Maximum ihrer Thätigkeit in den Fiebertemperaturen des beobachteten Geschöpfes erreichten, und dass diese Thätigkeit sich nur bei den hyperpyretischen oder subnormalen Temperaturen verringert. Daraus hat er geschlossen, dass wenn die sehr hohen Temperaturen zu bekämpfen seien, die Fiebertemperaturen mittleren Grades berücksichtigt werden sollten.

Im Laufe des Jahres 1891 haben ihm neue Versuche gestattet festzustellen, dass

1) alle Wirbelthiere, Frösche, Reptilien, Vögel und Säugethiere, in Coma verfallen, wenn ihre Temperatur diejenige erreicht, welche die Thätigkeit ihrer Leucocyten vermindert;

2) wenn man ihre Temperatur wieder herabsetzt, dieselben aus dem Coma erwachen, sobald man zu derjenigen Temperatur gelangt, welche ihren Leucocyten ihre Thätigkeit sichert;

3) dieselben starben, wenn die Temperaturen, welche Coma herbeiführen, lange anhalten oder überstiegen werden.

Diese Thatsachen erklären die Gefahr der Achselhöhlentemperaturen über 41,5°, da diese einer Innentemperatur von 42,5 bis 43° gleichkommen, tödtlichen Temperaturen für unsere Leycocyten und infolge dessen für den Menschen.

Der Autor hat infolge dieser Nachforchungen seine Studien auf die Wirkung der Toxine auf die Leucocyten ausgedehnt und constatirt, dass die Fiebertemperaturen die Wiederstandsfähigkeit der Leycocyten, wenigstens gegenüber einer gewissen Anzahl von Toxinen erhöhen und somit günstig wirken.

Das Ergebniss der Untersuchung ist also folgendes:

Die Achselhöhlentemperaturen, welche 40° übersteigen, müssen bekämpft, niedrigere Fiebertemperaturen dagegen berücksichtigt werden.

Buch (Willmanstrand).

Jul. Fador. Neuer Beitrag zur Hydrotherapie der Malaria. Winternitz, Bl. für klinische Hydrother. 1896 Nr. 5.

Verfasser hat in Uebereinstimmung mit seinen früher mitgetheilten Erfahrungen und denen von Tipheu und Strassen bei chronischer Malaria ausgezeichnete Erfolge durch kühle Halbbäder von 22—16° C. und etwa 3 minutiger Dauer bei Uebergiessungen und kräftigem Frottiren im Bade, am besten kurz vor dem erwarteten Anfalle, bei tertianem oder quartonem Typhus jedoch alle Tage. Auch kalte Abreibungen führen zum Ziel. Wo keine Wasserheilanstalt oder geschultes Personal vorhanden, können auch kurze, kalte Sitzbäder, 12° C. 2 Min. Nutzen bringen. (Ref. kann diese Erfahrungen bestätigen).

Buch (Willmanstrand).

---

[9]) l. c.

[10]) Ein Beitrag zur Lungensyphilis. Virchow's Archiv. Bd. 82.

B. Buxbaum. Zur Behandlung der Hemicranie. Winternitz, Bl. f. klin. Hydrotherapie 1897, H. 2.

Die Hemicranie ist ein Leiden, dass die damit behafteten meist ihr ganzes Leben geduldig ertragen, weil es im Rufe steht, unheilbar zu sein. Dies ist nun, wie jeder Hydrotherapeut weiss, eine keineswegs richtige Anschauung, und zwar können verschiedene Anwendungsweisen der Wasserkur zum Ziele führen.

Verf., Assistent von Prof. Winternitz, theilt eine Behandlungsweise mit, die er in allen Fällen, sowohl angioparalytischen als angiospastischen, die er zu behandeln Gelegenheit gehabt, mit vollem und dauerndem Erfolge angewandt. Sie bestand in 1—1½ Stunden dauernder feuchter Einpackung mit darauf folgender kalter Abreibung. Controllversuche mit Dampfkastenbädern und darauf folgenden Abreibungen fielen ungünstig aus, ebenso Versuche mit Abreibungen ohne vorhergehende Einpackung. Einige Krankengeschichten illustriren den Artikel.

Buch (Willmanstrand).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Behandlung der Aneurysmen im Allgemeinen und der Aortenaneurysmen im Speciellen durch subcutane Injectionen einer Gelatinlösung.

In der Sitzung der Académie de Médecine vom 22. Juni d. J. demonstrirte Lancereaux einen 46-jähr. Patienten, welcher seit 2 Jahren an einem Aneurysma des Anfangsstückes der aufsteigenden Aorta litt. Dieses soll infolge von schwerer körperlicher Anstrengung entstanden sein, welcher sich Pat. ausgesetzt hatte.

Das Aneurysma präsentirte sich in der vorderen, oberen Thoraxhälfte als ein kindskopfgrosser Tumor und hatte 12 cm. im verticalen und 12,5 cm. im Querdurchmesser. Der Tumor hatte die zweiten, dritten und vierten rechten Rippelknorpel usurirt, und ebenso die entsprechenden Rippenenden und einen grossen Theil des Sternums. Man fühlte mit dem Herzschlage synchrone Pulsationen, aber kein Frémissement und hörte kein Rasselgeräusch. Das Aneurysma wuchs und bedrohte die Brustwand zu perforiren. Am 20. Januar wird in das Unterhautzellgewebe der linken Glutacalgegend eine Injection von 50,0 ccm. einer sterilisirten Lösung von Rp.: Gelatine 1,0, Natr. chlorat. 0,1, Aq. dest. 100,0 auf 37° erwärmt, gemacht. Nach der Injection trat eine geringe Röthe an der Einstichstelle auf und die Temperatur stieg auf 38°. Am nächsten Tage konnte man feststellen, dass der Tumor deutlich fester geworden war. An den darauf folgeuden Tagen verringerte sich sein Volumen, aber nur in vorübergehender Weise. Eine neue Injection von 150 grm. wurde am 10. Februar gemacht, hatte dasselbe Resultat zur Folge gehabt, aber dieses Mal traten keinerlei Local- oder Allgemeinerscheinungen auf. Seitdem sind noch 12 Injectionen zu 150,0 gemacht worden. Am Tage der Vorstellung ist der Tumor kleiner geworden, er ist sehr fest und man bemerkt an ihm nur noch eine Massenpulsation, die ihm von der Aorta mitgetheilt wird, aber mehr keine Expansionsbewegungen wie früher. Im Uebrigen empfindet Pat. mehr keinerlei Schmerzen.

(Semaine médicale Nr. 30). K—r.

— Eine neue Färbungsmethode der Tuberkelbacillen empfehlen Bondelli und Buscalioni. Wir halten dieses Verfahren wegen seiner Einfachheit und der damit verbundenen Zeitersparniss für durchaus brauchbar. Das in der bekannten Weise mit der Ziehl-Nielssen'schen Lösung gefärbte Präparat wird gewaschen und dann in Eau de Jovelle eingetaucht, wo es so lange drin bleibt, bis die rothe Färbung in eine braungelbe übergeht. Die Dauer der Eintauchung beträgt im allgemeinen 2 bis 3 Minuten, je nach der Frische und Güte des Reagens. Die Tuberkelbacillen haben dann ihre schön rothgefärbte Farbe behalten, die übrigen Elemente und Microorganismen erscheinen stark braun gefärbt. Das Entfärbungsvermögen des Jovellewassers beruht auf seinem Gehalt an freiem Chlor. (Centralbl. f. Bact. u. P. 1897, I. 70).

— Prof. Posner weist darauf hin, dass es bei einer Cystis oder Pyelitis nicht darauf ankommt, die Art der Eiterung zu bestimmen, sondern auch die Zahl der an einem Tage ausgeschiedener Eiterkörperchen. Durch ein besonderes Zählverfahren ist es ihm gelungen in einzelnen Fällen eine tägliche Production von 40—100 Milliarden Eiterkörperchen zu beobachten, welche Zahl folglich viel höher liegt, als die Summe der im Blute eines Erwachsenen enthaltenen weissen Blutkörperchen. Da die Zählung dem praktischen Arzte zu umständlich erscheinen dürfte hat P. Tafeln zusammengestellt, welche die Zahl der Eiterkörperchen nach dem Grade der Opalescenz des Urins anzeigen. (Berliner Verein f. innere Medicin).

— L. Braun (Wien) hat ein neues Symptom der Tricuspidalinsufficienz beobachtet: In einem Falle dieser Art entdeckte er eine Pulsation im 2. linken Intercostalraum, unmittelbar neben dem Sternum. Diese Pulsation begann mit der Praesystole und erreichte ihr Maximum während der Systole des Ventrikels. Nach Ansicht des Verf. ist diese Erscheinung eine Folge der Dilatationsbewegung des rechten auriculum cordis. Sie tritt nur dann auf, wenn die Dilatation des rechten Ventrikels so ausgiebig ist, dass das rechte Herzohr sich an die Brustwand anlegt und ihr so die Bewegung mittheilt. Braun hat diese Thatsachen vermittelst des Cardiogramms festgestellt.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1266. Sitzung am 7. April 1897.

1) Herr v. Petersen demonstrirt einen Fall von Lepra tuberose.

Pat. 28 Jahre alt, Rumäne, befindet sich erst seit einigen Monaten in St. Petersburg, hat sich vorher einige Zeit in Rostov am Don aufgehalten. Er stammt von gesunden Eltern ab, hat gesunde Geschwister und Kinder und ist bis auf eine Gonorrhoe und ein Ulcus penis zweifelhafter Natur bisher stets gesund gewesen. Er erkrankte vor 2 Jahren an einem hartnäckigen Schnupfen und in der Folge an einer eigenthümlichen Röthung des Gesichtes. Gleichzeitig damit traten an den Armen und der Stirn knotenförmige Verdickungen der Haut auf.

Bei der Untersuchung fand sich Chagränirung der Haut. Augenbrauen vorhanden. An den Armen und Stirn tuberöse Verdickungen der Haut und local anästhetische Zonen, Infiltrate der Haarbälge, erythematöse Röthe der Gesichtshaut.

Die Diagnose wurde auf Lepra gestellt und der Beweis für die Richtigkeit derselben durch den Nachweis von Leprabacillen in den Hautknoten erbracht (Demonstration der Ausstrichpräparate).

Ref. macht darauf aufmerksam, dass es, wie es ihm schon in andern Fällen aufgefallen ist, nicht unmöglich erscheint, dass die Infection mit Leprabacillen im vorliegenden Falle von der Nasenschleimhaut aus stattgefunden hat. Er erinnert daran, dass dem Ausbruche der Lepra ein hartnäckiger Schnupfen vorangegangen ist.

2) Herr Masing hält nach einer kurzen Einleitung über die Physiologie der Sprache einen Vortrag: «Ein Fall von tuberculöser Meningoencephalitis mit Sprachstörungen». (Derselbe ist in Nr. 21 der St. Petersb. Med. Wochenschrift bereits zum Abdruck gelangt).

Discussion.

Herr Magavly hat eine Zeit lang bei einer grossen Anzahl von tuberculösen Meningitiden regelmässige ophtalmoscopische Untersuchungen angestellt und hierbei gefunden, dass bei dieser Krankheit Chorioidealtuberkel so gut wie gar nicht vorkommen.

Herr Kernig hält die Chorioidealtuberkel bei einer fieberhaften Krankheit stets für den Beweis einer miliaren Dissemination von Tuberkelbacillen über den ganzen Organismus, einer acuten Miliartuberculose. Hinsichtlich der tuberculösen Meningitis ist es ihm, wenigstens, was das Auftreten derselben bei Erwachsenen anbetrifft, aufgefallen, wie selten hierbei Convulsionen vorkommen.

Herr Lunin bemerkt hierzu, dass Convulsionen vorwiegend bei der tuberculösen Meningitis der Kinder beobachtet werden, bei erwachsenen augenscheinlich selten auftreten.

Herr Blessig fragt an, ob in der Literatur irgend welche Angaben existiren über die sog. Spiegelsprache, welche analog der Spiegelschrift darin besteht, dass die Worte in umgekehrter Reihenfolge in Silben gesprochen werden.

Er erinnert sich nur von einem Fall gelesen zu haben, wo bei zerstörtem Sprachcentrum links, der Kranke sich durch Spiegelsprache ausdrückte, was erst dadurch erkannt wurde, dass die gesprochenen Laute zu Papier gebracht wurden. Was die Trägheit der Sprache im mitgetheilten Falle anbetrifft, so liesse sich dieselbe vielleicht auf eine erschwerte Leitung in den betreffenden Bahnen zurückführen, ferner liesse sich auch möglicherweise die Verlangsamung der Athemfrequenz ohne objectiv erkennbaren Lufthunger auf die tuberculöse Affection im Bereich des Stirn- und Temporallappens beziehen, da er in einem Falle von Durchbruch eines Orbitalgumma in die Schädelhöhle mit Uebergang auf das Frontal- und Temporalhirn eine ähnliche Respirationsstörung beobachtet hat.

Herr Masing hebt in seiner Erwiederung hervor, dass in den Lehrbüchern das Fehlen jeglicher Convulsionen bei einer tuberculösen Meningitis als eine grosse Seltenheit angeführt wird. Herrn Blessig gegenüber müsste auf den pathologisch-anatomischen Befund einer tuberculösen Meningo-Encephalitis gerade im Bereich des sensitiven Sprachcentrums hingewiesen werden, was mehr für eine anatomische, als für eine functio-

nelle Störung der Sprache sprechen muss. Da es ferner bekannt ist, dass in der Nähe des III Ventrikels und in der Umgebung des Aquaeductus Sylvii ein Centrum für die Athmung neben dem bekannten Centrum in der Medulla existirt, so spräche auch nichts dagegen, zur Erklärung der Respirationsverlangsamung den bei der Section gefundenen starken Hydrocephalus mit heranzuziehen.

3) Herr Anders hält in Verbindung mit der Demonstration zahlreicher selbstgefertigter Wachs- und Gypsmodelle und Zeichnungen einen Vortrag:

«Ueber amniotische Einschnürungen der Extremitäten».

Amniotische Einschnürungen einzelner Finger und Zehen, sowie grösserer Extremitäten bis zu vollständiger intrauteriner Selbstamputation kommen dadurch zu Stande, dass in einem sehr frühen Stadium der Foetalperiode infolge Mangels an Serum, das Anninon nicht genügend von der Frucht abgehoben wird. Dadurch entstehen Faltungen des Amnion und Verwachsungen derselben mit der Frucht, die wiederum wegen der Dehnung durch zunehmendes Fruchtwasser Einschnürungen und Abschnürungen von Foetaltheilen bewirken können. Hierbei werden die Falten bis zu einem dünnen Faden ausgedehnt, der schliesslich infolge der Dehnung abreisst und dessen Reste zuweilen am Foetus als sog. Simonart'sche Bänder gefunden werden. Ebenso kann auch durch den Zug der Bänder leicht ein Pes varus oder valgus entstehen, auch kann infolge der gleichen Ursache Syndactylie vorkommen. Die Einschnürungen präsentiren sich als mehr oder weniger tiefe Furchen, denen infolge von Venencompression in den peripher gelegenen Theilen eine oedematöse Hautbeschaffenheit entspricht. Dieselbe pflegt nach operativer Beseitigung der Schnürfurche durch Excision derselben rasch zu weichen.

Ref. verfügt über 3 Fälle eigener Beobachtung:

I. Fall. Hierbei handelte es sich um eine Pes varus infolge amniotischer Anzerrung mit spontaner Autoamputation einiger Zehen.

II. Fall complicirte sich mit Syndactylie.

III. Fall ist der interessanteste.

Hier handelte es sich um ein 1—2 monatliches Kind, welches an dem einen Bein eine leichte amniotische Abschnürung einer Zehe darbot, am andern Bein befand sich ungefähr in der Mitte des Unterschenkels gleichfalls eine tiefe Furche, unterhalb derselben erschien die Haut stark verdickt und der Fuss vergrössert. Die Furche wurde exstirpirt, in der Folge musste jedoch wegen einer eitrigen Phlebitis das Bein völlig amputirt werden. Während es sich in allen übrigen Fällen um ein einfaches Stauungsoedem infolge von Venenconstriction handelte, so fand sich hier eine dauernde Schwellung, die durch Bindegewebszunahme in den tieferen Hautabschnitten bedingt war, während an den Knochen keinerlei Veränderung wargenommen wurde. Hier hatte augenscheinlich die starke oder lange andauernde venöse Stauung eine breite Bindegewebshyperplasie bedingt (Demonstration von Zeichnungen und Mikrophotogrammen).

Discussion.

Herrn Wanach erscheint der mitgetheilte Fall, abgesehen von der Seltenheit der Erscheinungsform auch schon deswegen interessant, weil keinerlei Veränderungen an den Knochen infolge der lange andauernden Stauung gefunden wurden, welche doch andererseits das subcutane Bindegewebe zur Hyperplasie gebracht hatte. Jedenfalls widerspricht dieser negative Befund der Theorie der Bier'schen Stauungstherapie der Knochentuberculose, da diese Theorie davon ausgeht, dass infolge einer chronischen venösen Stauung im tuberculös afficirten Knochen eine Bindegewebsumbildung erfolgen soll. Des weitern fragt Herr Wanach ob es bekannt sei, was aus den intrauterin selbst amputirten Theilen geschehe, ob dieselben bei der Geburt gefunden werden oder einer Resorption anheimfallen.

Herr Anders erwiedert darauf, dass solche amputirte Theile in theilweiser Resorption im Fruchtwasser gefunden worden seien.

Director Dr. W. Kernig.
Secretair Dr. H. Westphalen.

Vermischtes.

Das Petersburger Comité zum Empfang der ausländischen Gäste, die als Glieder des XII. internationalen med. Congresses nach Petersburg kommen, bittet ganz ergebenst die Herren Collegen um ihre liebenswürdige persönliche Mitwirkung 1) bei der Organisation von Dejouren auf den Bahnhöfen bei der Ankunft der Ausländer in Petersburg und 2) zur Hülfeleistung während des Aufenthaltes der Ausländer in Petersburg.

Erforderlich ist Kenntniss der französischen oder deutschen Sprache. Dejouren auf den Bahnhöfen werden voraussichtlich eingerichtet vom 1—5. und vom 15—18. August. Zu Dienstleistungen in der Stadt würden die Collegen vom 15—18. August in Anspruch genommen werden.

Die Herren Collegen, welche sich an den Dejouren auf den Bahnhöfen betheiligen wollen, werden gebeten sich schriftlich an Privatdoc. Dr. Danillo (Эртелевъ пер. 7.) zu wenden unter genauer Angabe ihrer Adresse.

Diejenigen Collegen, welche dem Comité in der im Punct 2 angeführten Weise helfen wollen werden gebeten sich an Prof. Dr. O. Petersen (Крюковъ кан. 6) zu wenden. Die detaillirte Vertheilung der Beschäftigungen wird in einer Versammlung vor dem 1. August vorgenommen, zu welcher die Herren Collegen besonders eingeladen werden sollen.

— Der ordentliche Professor der medicinischen Chemie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. A. Danilewski und der Professor emer. der Anatomie an der genannten Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Tarenezki, sind in der Würde eines Academikers bestätigt worden.

— Befördert für Auszeichnung im Dienst: der ordentl. Prof. emer. der Syphilidologie an der militär-med. Academie und berathendes Mitglied des Medicinalraths, Dr. W. Tarnowski — zum Geheimrath, unter gleichzeitiger Enthebung vom Amte eines ordentl. Professors, nach Ausdienung der Dienstfrist.

— Ernannt: der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Kielce, Staatsrath Dr. Eugen Gay, — zum Oberarzt des Moskauer Militärhospitals.

— Verstorben: 1) Am 9. Juli in Odessa der dortige Arzt Jefim Goldenhorn im 38. Lebensjahre in Folge eines operativen Eingriffes nach einer Typhlitis. Der Hingeschiedene, welcher seit 1884 die Praxis ausübte; gehörte zu den beliebtesten Aerzten Odessa's. 2) In Mentone der Arzt an den Goldwäschereien des Gouvernements Jenissei Johann Kwjatkowski im Alter von 46 Jahren an Phthisis. — 3) In Kiew der dortige Arzt Ismael Tschetschichin, bekannt durch seine Arbeiten über die Wärmecentren des Körpers, im 67. Lebensjahre. — 4) In München der bekannte Laryngologe Prof. Dr. Joseph Oertel im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher 30 Jahre hindurch an der Münchener Universität als Lehrer gewirkt, hat sich durch seine Arbeiten über Kehlkopfkrankheiten, namentlich aber durch seine Epochemachende Behandlung der Kreislaufstörungen grosse Verdienste erworben. — 5) Am 16. Juli in Berlin der Generalarzt I. Cl. der Landwehr, Ministerialrath a. D. Dr. Herm. Wasserfuhr im 74. Lebensjahre. W. gehörte zu den bekanntesten älteren Hygienikern und entfaltete auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege eine fruchtbare literarische Thätigkeit; er war auch Mitbegründer der «Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege».

— Die Warschauer medicinische Gesellschaft hat die auf den Namen des verstorb. Warschauer Professors Chalubinski gestiftete Prämie dem Dr. Edmund Bernacki in Warschau zuerkannt.

— Nachdem Prof. Fehling (Halle) die Berufung auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Tübinger abgelehnt, hat jetzt Prof. Dr. Doederlein (Gröningen) den an ihn ergangenen Ruf nach Tübingen auf den erwähnten Lehrstuhl angenommen. Prof. Doederlein, der erst seit ca. 3 Monaten an der Universität Gröningen thätig ist, haben wohl die chauvinistischen Angriffe, welche Prof. Treub in Amsterdam gegen seine Berufung nach Gröningen richtete, dazu veranlasst. nach so kurzer Zeit die neue Stätte seiner Wirksamkeit wieder aufzugeben.

— Prof. Engelmann in Utrecht hat die Berufung auf den durch Dubois-Reymond's Tod erledigten Lehrstuhl der Physiologie an der Berliner Universität definitiv angenommen.

— Obschon das weibliche medicinische Institut hierselbst im September d. J. eröffnet werden soll, so waren bis jetzt noch keine Nachrichten über das Lehrpersonal desselben in die Oeffentlichkeit gedrungen. Erst in den letzten Tagen verlautet, dass der Director des Instituts, Prof. Dr. Anrep, dem Ministerium der Volksaufklärung ein Verzeichniss der Professoren für diese Anstalt zur Bestätigung eingereicht habe, und zwar sollen in Vorschlag gebracht sein: für den Lehrstuhl der Chemie — der ehemalige Professor der Tomsker Universität Dr. Zaleski; der Histologie — der Professor der St. Petersburger Universität Dr. Dogel; der Anatomie — der Prosector der milit.-med. Academie, Dr. Batujew; der Botanik — der Docent der St. Petersb. Universität, Nadson, der Zoologie — der Docent derselben Universität Faussek; der Mineralogie — der Docent der St. Petersb. Universität Ssemjatschenski.

— Als Delegirte zum XII. internationalen med. Congress in Moskau sind neuerdings angemeldet wor-

den: Vom deutschen Reichsmarineamt — Generalarzt Dr. Gutschow und Marine-Stabsarzt Dr. Arendt; von d. Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse — Prof. Dr. Eulenburg und Privatdocent Dr. Mendelsohn; von dem Berliner Aerzte-Vereinsbunde — Prof. Dr. A. Martin und Medicinalrath Dr. Wehmer; von d. Berliner laryngologischen Gesellschaft — Prof. B. Fränkel und Privatdocent Dr. P. Heymann.

— Wie früher, so sollen auch in diesem Jahre Südslaven (bulgarische, serbische und montenegrinische Unterthanen), welche das Maturitätszeugniss eines der südslavischen Gymnasien besitzen, als freie Zuhörer in die hiesige militär-medicinische Academie aufgenommen werden, doch ist ihre Zahl auf fünf begrenzt. Die Entscheidung über die Aufnahme von Studirenden der medicinischen Facultäten der Universitäten in die milit.-med. Academie wird erst nach den 15. September erfolgen.

— Das Warschauer Hebräische Hospital, welches gegenwärtig 400 Betten zählt, erhält in nächster Zeit ein neues Heim, dessen Kosten auf 950.000 Rbl. veranschlagt sind. Von dieser Summe sind 628,712 Rbl. durch freiwillige Spenden eingeflossen, während der Rest durch eine Anleihe aufgebracht wird.

— Da die Mehrzahl der zum Ressort der Collegium allgemeiner Fürsorge gehörenden Hospitäler überfüllt ist, indem die Anzahl ihrer etatmässigen Betten durchaus nicht der Zahl von Personen entspricht, welche in denselben ärztliche Hülfe suchen, so hat sich das Ministerium des Innern veranlasst gesehen, die Etats dieser Hospitäler einer Revision zu unterziehen und für ein jedes einzelne Hospital die Zahl der Betten in Einklang mit dem thatsächlichen Bedürfniss zu bringen. Gleichzeitig wird auch das medicinische Personal und die Hospitalbedienung entsprechend vergrössert.

— Das russische Comité zur Sammlung von Beiträgen für das Pasteur-Denkmal in Paris hat bis zum 1. Juli d. J., an welchem Tage die Sammlungen eingestellt wurden, 10,457 Rbl. 71 Kop. vereinnahmt.

— Die seit dem Beginn des vorigen Jahres unter der Redaction des Sanitätsarztes der St. Petersburger Landschaft Dr. J. A. Dmitrijew hierselbst erscheinende «Revue für öffentliches Sanitätswesen» («Общественно-санитарное обозрѣніе») hat in Folge der geringen Zahl von Abonnenten mit dem 15. Juni ihr Erscheinen eingestellt.

— In Rom erscheint seit dem Beginn dieses Jahres eine kleine Monatsschrift unter dem Titel «La Sieroterapia», welche speciell der Serumtherapie gewidmet ist.

— Cholera. Aus Paris wurden vom städtischen Bureau in der Woche vom 13.—19. Juni 2 Erkrankungen an der Cholera und in der nächstfolgenden Woche ein Choleraufall gemeldet. In Calcutta starben vom 23.—29. Mai 39 Personen an der Cholera.

Довв. ценв. Спб. 19 Iюля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, (7. August) 26. Juli 1897

Berichtigung.

Im Protokoll der Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins vom 10. März d. J., in unsrer № 28 pag. 268—270, sind die Autoreferate des Herrn Dr. Blessig zu unsrem Bedauern im Druck fehlerhaft wiedergegeben: Seite 269, rechts Zeile 18—20 von unten (Ueberschrift sub 2.) ist zu streichen; das dort Folgende schliesst sich an die vorhergehende Mittheilung des Herrn Dr. v. Schroeder, jene Ueberschrift gehört erst auf Seite 270 links Zeile 20—22, wo sie sich auf den folgenden Vortrag bezieht. Ferner ist auf dieser Seite links Zeile 15—16 von unten zu lesen: «Hemiplegie, gleichseitige Hemianopsie und gekreuzte Oculomotoriuslähmung» etc. Endlich Seite 270 rechts Zeile 32 von oben: «Cerebr. media», Zeile 38: «Hemiplegie», Zeile 39: «gleichseitig» (statt «gleichzeitig»). d. Red.

Ueber die immunisirende Behandlung der Lungentuberculose.

Von

Dr. med. A. Treu aus Lindheim.

Vortrag, gehalten auf dem IX. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte zu Pernau, den 5. Juni 1997.

Meine Herren!

Es giebt kaum eine Krankheit, zu deren Bekämpfung eine so grosse Zahl verschiedenster Heilmittel und klimatischer Curorte vorgeschlagen worden wäre — wie das bei der Lungentuberculose der Fall ist. Wir können uns diese Thatsache durch den Umstand erklären, dass Jeder, — Arzt oder Laie, — der bei einer bestimmten Behandlung oder an einem bestimmten Ort eine grössere oder geringere Anzahl Lungenkranker am Leben bleiben, sich besser, ja relativ genesen sah, dass dann — sage ich — Jeder diesen günstigen Verlauf dem zufällig gebrauchten Medicament oder dem Einfluss des jeweiligen Klimas verdanken zu müssen glaubte. Dieses war wiederum nur dadurch möglich, dass die Prognose der Lungentuberculose, die ja dem Laien meist nur unter dem ominösen Namen der «Schwindsucht» bekannt ist, im Allgemeinen für mehr als dubia, meist für absolut schlecht galt. Diese pessimistische Anschauung wurde unter Anderen auch von Laennec vertreten und gelehrt, und hat seitdem so tiefe Wurzeln geschlagen, dass noch heute viele Aerzte einem sie consultirenden Lungenkranken gegenüber sich scheuen, das Wort «Tuberculose» auszusprechen, bevor er die jedem Laien geläufigen Symptome der «galopirenden Schwindsucht» aufweist, das heisst, — bevor es zu spät ist. — Meine Herren! Heute wissen wir durch die in den grossen Sanatorien Deutschlands, Englands und der Schweiz gemachten Erfahrungen, dass mindestens 30 Proc. der in diese Anstalten tretenden Phthisiker unter dem Einfluss rein hygienisch-diätetischer Behandlung eine augenfällige Besserung ihres Gesundheitszustandes erfahren; — heute wissen wir durch die Statistiken pathologischer Anatomen, die Unterberger[1]) in seinem Aufsatz über «Haus-Sanatorien» in übersichtlicher Weise zusammengestellt hat, dass bei einem hohen Procentsatz der an anderen Krankheiten verstorbenen und zur Section gelangten Fälle Narben tuberculöser Affectionen gefunden wurden, dass somit sicher eine grosse Anzahl von Tuberculosefällen so wenig Symptome machen, dass sie intra vitam überhaupt nicht als solche diagnosticirt werden können; heute können wir mit Felix Wolff[2]) die Tuberculose, d. h. die Infection für eine quo ad vitam verhältnissmässig harmlose Krankheit ansehen. — Unter solchen Umständen ist es ungemein schwer, sich über die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit eines neu empfohlenen «Heilmittels» gegen die Tuberculose ein richtiges Urtheil zu bilden. Wenn wir beispielsweise lesen: Von 100 mit diesem oder jenem Mittel behandelten Phthisikern genasen 12

[1]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1896, Nr. 50.

[2]) «Die moderne Behandlung der Lungenschwindsucht». Wiesbaden 1894, pag. 4.

und weitere 30 wurden deutlich gebessert, so müssen wir stets daran denken, dass möglicherweise das Zahlenverhältniss ohne Mittel genau dasselbe hätte sein können.

In diesem Augenblick, wo Prof. Dr. Robert Koch[3]) mit seinem neuen Tuberculinpräparat (T. R.) an die Oeffentlichkeit getreten ist, und dadurch in den Herzen unzählbarer Kranker die weitgehendsten Hoffnungen wachgerufen hat, ist es nothwendig, dass wir Aerzte zu der auf diese Weise wieder acut gewordenen Frage wenigstens im Princip Stellung nehmen.

Wenn wir von der «immunisirenden Behandlung» einer Krankheit reden wollen, so müssen wir vor allen Dingen anerkennen, dass es es sich im gegebenen Falle um eine Infectionskrankheit handelt. Ueber diese seit 1882 durch die Entdeckung des Koch'schen Tuberkelbacillus für alle Zeiten feststehende Thatsache würde ich kein Wort verlieren, wenn sie nicht neuerdings auch in unserem Organ, der St. Petersb. med. Wochenschrift, von Dr. S. Unterberger[1]) in Zweifel gezogen worden wäre. Auf Unterberger's Argumente im Einzelnen einzugehen, würde mich hier zu weit führen. Ich will nur im Allgemeinen gegen die von U. vertretene Auffassung der Tuberculose protestiren, indem ich auf die von Koch dargestellten Reinculturen des Tuberkelbacillus und die mit denselben erzielten positiven Impfresultate hinweise. Konnte doch Prof. C. Fraenkel[4]) schon i. J. 1890 eine wohlgediehene Cultur von Tuberkelbacillen demonstriren, die in ununterbrochener Folge als 107. Generation von der ersten Koch'schen Cultur abstammten. «Und bei dieser stattlichen Ahnenreihe», sagt F., «haben sich die Bacillen unverändert alle Eigenschaften ihrer Vorfahren bewahrt, sind ebenso infectionstüchtig wie diese, und nehmen die specifische Färbung ganz in der angegebenen Weise an». — Das, m. H., ist eine Thatsache, die für alle Zeiten die stricteste Beweiskraft behält und geeignet ist, alle negativ ausfallenden Untersuchungen und Folgerungen zu entkräften. — Wenn wir nun, m. H., zu unserem Thema, der immunisirenden Behandlung der Lungentuberculose übergehen, so müssen wir uns zunächst vergegenwärtigen, dass wir 2 verschiedene Arten von Immunität unterscheiden müssen: Immunität gegenüber der Infection, und Immunität gegenüber der Intoxication.

Immun gegen die Infection mit Tuberculose verhält sich 1) eine ganze Reihe verschiedener Thierspecies, u. A. der Hund. Die von U. citirten Experimente von Schottelius[5]) sind daher nicht beweisend, weil sie eben am Hunde angestellt wurden. Der gegen die tuberculöse Infection immune Hund konnte naturgemäss auf die Inhalation von Tuberkelbacillen nicht wesentlich anders reagiren, als auf die Inhalation anderer Staubpartikel.

2) Scheint der Mensch im Allgemeinen, zumal wenn er aus einer gesunden Familie stammt und kräftig und gesundheitsgemäss ernährt und erzogen wird, so gut wie immun gegen die Infection mit Tuberculose zu sein. Bei der enormen Verbreitung der Tuberculose kann man doch mit Bestimmtheit annehmen, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens mehrfach den Tuberkelbacillus in sich aufgenommen haben, wenigstens mit ihm in Berührung gekommen sein muss. Wäre nun jeder Mensch zu der tuberculösen Infection disponirt, — Disposition ist ja das Gegentheil von Immunität—, so wäre nicht nur, wie Bollinger annimmt, $^1/_3$ der Menschheit, sondern wohl die ganze Menschheit tuberculös. — Immun gegen die tuberculöse Infection von Aussen her ist

[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1897, Nr. 14.
[4]) Grundriss der Bacterienkunde. Berlin 1890, pag. 318.
[5]) Sachs Med. Almanach 1879.

3) Jedes bereits tuberculös erkrankte Individuum. Ich weiss sehr wohl, dass ich mich mit dieser Behauptung auf dem Gebiete der Hypothese befinde. Ich glaube aber für dieselbe ausser meiner subjectiven Ueberzeugung auch die Analogie mit den anderen chronischen Infectionskrankheiten anführen zu können. Demnach hätte ein Lungenkranker, wenn er an Darmtuberculose erkrankt, diese Complication nicht der ungekocht genossenen Milch einer tuberculösen Kuh zuzuschreiben, sondern einer Autoinfection. — Wenn ein Schwindsüchtiger an Larynxtuberculose erkrankt, so ist er nicht von seinem Mitpatienten «angesteckt», sondern es handelt sich wieder um eine Autoinfection. — Wenn ein relativ geheilter Phthisiker nach jahrzehntelangem Wohlbefinden wieder an den Symptomen der Lungentuberculose erkrankt, so ist er nicht etwa von seiner Frau, die inzwischen an Schwindsucht zu Grunde gegangen sein mag, von neuem inficirt worden, sondern die im alten Erkrankungsherde eingeschlossenen Bacillen haben den ihnen durch die Bindegewebswucherung entgegengesetzten Widerstand überwunden und beginnen wieder ihre verderbenbringende Thätigkeit.

Legen wir uns nun die Frage vor: Können wir auf künstlichem Wege Immunität gegen die tuberculöse Infection erzeugen? so muss die Antwort lauten: Auf künstlichem Wege wie bei der Jenner'schen Schutzpockenimpfung — bisher noch nicht, wohl aber auf natürlichem Wege. — C. Fraenkel[6]) charakterisirt die hier in Betracht kommenden Verhältnisse in prägnanter Weise, indem er sagt: «Gewisse Widerstände, welche der Körper den Parasiten entgegensetzt, müssen von diesen letzteren überwunden werden, wenn sie sich vermehren und zur Entfaltung ihrer Kräfte gelangen wollen». Wir haben auch gesehen, dass wir das Verhältniss zwischen den beiden feindlichen Mächten beeinflussen und willkürlich verschieben können zu Gunsten der einen oder der anderen Partei. . . Auf die Seite der Mikroorganismen wird sich die Wagschale neigen, wenn es uns gelingt, die Bacterien in entsprechender Weise zu verstärken. . . Umgekehrt wird der Körper einen Vorsprung erhalten, wenn wir seine natürlichen Widerstände erhöhen, wenn wir seine bacterienfeindlichen Kräfte steigern. . . » — Damit, m. H., ist uns der Weg für unser prophylactisch-therapeutisches Handeln gewiesen, daraus können wir ersehen, auf welche Weise wir unsere Pflegebefohlenen gegen die tuberculöse Infection «immunisiren» können Der Pädiater als Hausarzt, die Eltern und Erzieher eines Kindes können dasselbe durch verständige, hygienisch-diätetisch richtige, auf Kräftigung und Abhärtung gegen die unvermeidlichen Schädlichkeiten des täglichen Lebens hinzielende Erziehung, sowie durch consequente Ausbildung des Charakters — in wirksamer Weise gegen die Erkrankung an Tuberculose schützen, d. h. immunisiren, denn ein kräftig entwickelter Organismus, setzt dem Eindringen des Tub. bac. einen in der Regel unüberwindlichen Widerstand entgegen.

Wenden wir uns nun zu der Immunität gegen die tuberculöse Intoxication, denn gerade diese steht ja gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses. — Die das Allgemeinbefinden des Kranken alterirenden Symptome der Lungentuberculose, wie Fieber, Nachtschweiss, Appetitlosigkeit, Kräfteverfall werden auf specifisch-toxische Wirkung der von den Tuberkelbacillen durch ihre Lebensthätigkeit gebildeten Stoffe zurückgeführt. — Diese toxisch wirkenden Stoffwechselprodukte der Bacillen unschädlich zu machen, ist die Aufgabe der «immunisirenden» Behandlung der Lungentuberculose. Wenn wir dieser Aufgabe in allen Fällen gerecht werden könnten, hätten wir ein sicheres Heilmittel gegen die Tuberculose,

[6]) l. c. p. 194, und 195.

denn ohne die genannten Körperkräfte und -substanz consumirenden Allgemeinsymptome würde jede Tuberculose allmählich in das Stadium relativer Heilung treten. — Es steht fest, dass derartige antitoxisch wirkende Substanzen im Körper vieler Tuberculöser selbst gebildet werden. Die vielfach beobachteten Naturheilungen, sowie die unzähligen gutartig, d. h. ohne jene Symptome verlaufenden Tuberculosefälle dürften auf eine solche «endogenetische Immunisirung» zurückzuführen sein. Das Material zur Bildung dieser Antitoxine, ist ja — vorausgesetzt, dass sie bacillären Ursprungs sind, — in überreichlicher Menge im Körper eines jeden Tuberculösen vorhanden. — Befördern können wir die Bildung der Tuberculose-Antitoxine entschieden durch eine zweckmässige hygienisch-diätetische Allgemeinbehandlung. Eine solche können wir daher mit Fug und Recht als eine «immunisirende» bezeichnen und auffassen. Wie eine kräftige Constitution den wirksamsten Schutz gegen die tuberculöse Infection gewährt, so wird auch Hebung des Allgemeinzustandes und der Lebensenergie durch reichliche Licht-, Luft- und Nahrungszufuhr am Sichersten «die natürlichen Widerstände des» Körpers seine «bacterienfeindlichen Kräfte» erhöhen, und damit dem Körper Zeit geben, die durch die Thätigkeit der Bacillen gebildeten Giftstoffe unschädlich zu machen und zu eliminiren. Wenn das gelingt, so ist ein Latentwerden der Tuberculose, d. h. relative Heilung, nur noch eine Frage der Zeit, vorausgesetzt, dass die hygienisch-diätetische Lebensweise fortgesetzt wird, und der dauernde Aufenthaltsort und die Berufsthätigkeit des Pat. keine Schädigungen mit sich bringen. Leider müssen wir nun aber hier constatiren, dass es eine Anzahl von Tuberculosefällen giebt, die von vorne herein das Bild der galopirenden Schwindsucht darbieten und unbeeinflusst durch alle bisher üblichen Behandlungsmethoden unaufhaltsam der Auflösung entgegengehen. Ob nun dieser stürmische, unabwendbare Verlauf durch eine besondere Art Mischinfection bedingt, oder aber darauf zurückzuführen ist, dass das betroffene Individuum durch eine ganze Reihe angeborner und erworbener Eigenschaften sich besonders resistenzlos dem tuberculösen virus gegenüber verhält, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden. — Unter den 26 Patienten, welche an nachweisbarer Lungentuberculose litten, und die ich in Lindheim stationär behandelte, habe ich in 9 Fällen keinerlei Erfolg erzielen können, 2 von diesen 9 Kranken wurden in bereits moribundem Zustande zu mir gebracht, während die übrigen 7 an mehr oder weniger frischer Lungentuberculose litten. Von den 17 mit günstigem Resultat behandelten Fällen sind inzwischen 2 an Larynxtuberculose erkrankt und wohl bereits gestorben. Die übrigen 15 Fälle befinden sich, so weit mir bekannt ist, noch gegenwärtig in immunisirtem, d. h. fieberfreiem Zustande. 4 von meinen bisherigen Patienten traten mit Fieber ein und verloren dasselbe während ihres Aufenthaltes in Lindheim.

Eine Körpergewichtszunahme von 3—26 Pfund russisch haben 14 meiner bisherigen Lungenkranken in Lindheim erfahren.

Ueber die ausserhalb des Körpers aus Reinculturen der Tuberkelbacillen künstlich dargestellten Antitoxine können wir einstweilen noch kein definitives Urtheil fällen. Das von Koch im Jahre 1890 dargestellte Tuberculin ist ein hochinteressantes «Reagens» auf Tuberculose, immunisirende Eigenschaften scheint es dagegen nicht in hohem Grade zu besitzen.

Die von Klebs[7]) dargestellten und in den Handel gebrachten Präparate, Tuberculocidin und Antiphthisin, wirken jedenfalls absolut nicht toxisch, ich glaube aber auch ebensowenig antitoxisch, d. h. immunisirend. Im verflossenen Frühjahr habe ich 4 meiner Patienten, von denen zur Zeit kein einziger fieberte, nach Klebs mit Antiphthisin behandelt. 3 dieser Fälle verliefen, wie ich es von ihnen auch ohne die künstliche immunisiren sollende Behandlung erwartet hatte, ganz günstig, während der 4. Fall trotz der «specifischen» Behandlung eine wenn auch nicht wesentliche Verschlimmerung erfuhr.

Ob das Tuberculinum novum Kochii (T. R.) in höherem Grade immunisirende Eigenschaften besitzt, als die früheren Präparate, kann nur die Zukunft lehren. Ich bin jedenfalls entschlossen, und habe bereits damit begonnen, dasselbe in allen Fällen, in welchen der Krankheitsverlauf bei rein hygienisch-diätetischer Behandlung irgend etwas zu wünschen übrig lässt, anzuwenden. Denn ich halte es nicht für unmöglich, dass dadurch die von der Natur angestrebte Immunisirung gegen die tuberculöse Intoxication unterstützt werden kann. — Freilich muss ich dabei gestehen, dass mich der erste bei einem im Anfangsstadium der Krankheit befindlichen Fälle beobachtete unzweideutige Misserfolg zu der Ueberzeugung bringen wird, dass es Koch bisher noch nicht gelungen ist, der Natur ihr Geheimniss abzuringen, — das Geheimniss der Antitoxinbereitung gegen die Tuberculose.

[7]) Kausale Behandlung der Tuberculose. Hamburg L. Voss 1894.

Die Verwendung acustischer Sinneseindrücke bei der Behandlung centraler Bewegungsstörungen — ein weiterer Ausbau der compensatorischen Uebungstherapie [1]).

Von
Dr. Gräupner (Berlin)
Arzt in Bad Nauheim.

Nothnagel und Leyden wiesen bekanntlich als erste auf die therapeutische Ausnutzungsfähigkeit der accomodativen und compensatorischen Energien des Organismus hin, durch welche derselbe befähigt werden kann, ausgefallene oder gestörte Funktionen eines defekten Organes durch gesteigerte Mehrleistungen eines funktionell nahestehenden Organes zu ersetzen. Das bekannteste und häufigste Beispiel dieses compensirenden Heilungsprincipes bildet die Hypertrophie des Herzmuskels, welche eintritt, um die dynamischen Störungen der Klappenläsion für den Ablauf der Circulation zu eliminiren resp. zu compensiren. Auch bei anatomischen Störungen der centralen Nervensubstanz können funktionell verwandte Nervenapparate eine derartige Mehrleistung übernehmen; wie weit diese Substitutionsfähigkeit gerade bei nervösen Apparaten geht, beweisen am glänzendsten die Ewald'schen Versuche [2]), welche zeigen, dass beim Hunde die Coordination der Muskulatur und ihr Tonus abhängig ist von beiden Labyrinthen und von beiden excitomotorischen Gehirnregionen und dass alle diese Organe sich funktionell vertreten, sodass selbst nach Wegnahme beider Labyrinthe und der excitomotorischen Sphäre der einen Gehirnseite noch die entsprechende Sphäre der anderen Gehirnhälfte ausreicht, um Muskeltonus und Coordination zu unterhalten. [3])

Auch beim Menschen können die einzelnen Funktionen sich innerhalb gewisser Grenzen substituiren; beim Blinden ist das Tastgefühl viel stärker entwickelt als beim Sehenden, diese compensirende Mehrleistung eines Orga-

[1]) Z. Th. nach einem Vortrag und Demonstration im «Verein für innere Medicin» Berlin den 29. III. 97.

[2]) Frankfurter Congress 96 cf. auch Berl. kl. Wochenschr. 96.

[3]) Erst nach Wegnahme dieser zweiten excitomotorischen Sphäre vermag das Thier seine Gehstörungen nicht mehr auszugleichen; es stürzt daher im Dunklen hülflos zusammen, während es im Hellen mit Hülfe seines Sehorganes noch aufrecht stehen kann.

nes wird erworben durch «Uebung», denn die Uebung bahnt und ebnet die Zuleitung und Ausbreitung der Willensvorstellung in den Gangliencomplexen, welche die Coordination und Regulation der Bewegung unter dem dirigirenden Einfluss der peripheren Sinneseindrücke leiten. — Wenn nun ein Ataktiker Bewegungsübungen ausführt (Eulenburg, Frenkel) und wenn der Ataktiker trotz des Mangels des Haut-Muskelgefühls eine gewisse Coordinationsfähigkeit seiner Glieder wieder erhält, worin liegt nun hierbei das compensirende Element für den Ausfall des Haut-Muskelgefühls? Wir können nur annehmen, dass bei derartigen Bewegungsübungen das Sehorgan compensirend eingreift — das Auge lernt die gewünschte Bewegungsform in ihren einzelnen Phasen zu erfassen, sodass der Mensch befähigt wird, lediglich auf Grund der durch den Sehakt gewonnenen Eindrücke seine Muskeln zu dirigiren.[4])

Wenn wir nun festhalten, dass die Sehsphäre compensirend für sich allein die Regulation der Bewegungsactionen übernehmen kann, so liegt der Gedanke nahe, dass auch andere sensorische Regionen wie z. B. die Gehörsphäre zu derartigen compensatorisch-regulatorischen Leistungen herangezogen werden kann — wir wollen uns zunächst vergegenwärtigen, wie weit bereits beim gesunden Individuum Gehörseindrücke von Einfluss sind auf die Gestaltung der Bewegungsactionen. Alltäglich beobachten wir, dass durch die Erregung der Hörsphäre bestimmte Bewegungsvorstellungen geweckt werden und dass bei der Uebertragung dieser Bewegungsvorstellungen in die entsprechende motorische Action letztere viel praegnanter und praeciser erfolgt, als wenn die durch den Willen hervorgerufene Bewegungsvorstellung für sich allein auf die motorischen Ganglien einwirkt! Der Soldat marschirt straffer, der Tänzer bewegt sich geschwindiger, wenn musikalische Gehörsempfindungen die entsprechenden Bewegungsbilder schaffen — je nach dem Charakter der Musik werden die Bewegungen modifizirt: wie marschirt der Soldat beim Trauermarsch? wie beim Parademarsch? Der Stotterer, der einige Worte nicht zusammenhängend articuliren kann, spricht dieselben ohne Störung seines Sprachmechanismus aus, wenn er diese Worte an eine ihm bekannte Melodie binden kann. Nun kann man freilich bei diesen Beispielen hinweisen wie es auch Herr Goldscheider[1]) that, dass weniger die acustische Erregung, sondern vielmehr das Taktgefühl (Zeitsinn) die Coordination regulirt; indess für die Anwendung des unten noch näher auszuführenden Behandlungsprincipes wäre diese Frage irrelevant, zumal bei diesem wie wir sehen werden, auch der Zeitsinn eingeübt wird und anscheinend derselbe mit der Hörfunktion im Connex steht. Im Uebrigen existirt ein Thier-Versuch Exners, welcher lehrt, dass bei Reizung der Hirnrinde die Muskelzuckung intensiver wird — bei gleichzeitiger Einwirkung acustischer Reize. Dieses Exner'sche Experiment wirft aber auch ein aufklärendes Licht auf die bekannten Ewald'schen Versuche[2]) denen zu Folge Muskeltonus und Coordination abhängig ist vom sogenannten «Labyrinthtonus». Nach Ewald soll dieser letztere unterhalten werden durch die Flimmerzellen des Labyrinths (?!) und als adaequater Reiz für die Erregung der Labyrinthnerven gilt diesem Forscher der Druck und die Verschiebung der Endolymphe bei Bewegungswechsel; diese Anschauung musste des Weiteren zu der Annahme führen, dass die n. vestibulares zwar nicht mit der Hörfunktion sondern lediglich zur Statik des Körpers in Connex stehen. — Liegt jedoch nicht vom klinischen Standpunkt aus die Vermuthung näher, dass die Schwingungen der Schallreize sich direkt auf die Endolymphe des Labyrinths übertragen und dadurch direkt Beziehung gewinnen zur Statik des Körpers, zu seinem Muskeltonus, zu seinen Coordinationsapparaten? Berücksichtigen wir die obigen Beispiele, vor Allem das Exner'sche Experiment, so wird man gestehen, dass man einen direkten Zusammenhang zwischen Acusticusreiz und Uebertragung desselben durch die n. vestibulares zu den motorischen Centren nicht ohne Weiteres abweisen kann. Diese theoretischen Erwägungen haben einen sehr wichtigen therapeutischen Hintergrund, denn sie zeigen die Berechtigung, bei allen Störungen des Coordinationsapparates, seien sie funktioneller oder anatomischer Natur — «acustische Reize als associative Erregung bei der Ausführung entsprechender Muskelübungen anzuwenden,» mit anderen Worten, wir können acustische Erregungen behufs compensativer Etablirung des Coordinationsvorganges therapeutisch verwenden.

Von dieser Anschauung geleitet, behandle ich hemiplegische Störungen, vor Allem die Ataxie der Tabiker, ferner die Coordinationsneurose der Chorea, ev. auch Ataxie in der Weise, dass ich einmal die entsprechenden Beinbewegungen im Anschluss an Taktzahlen ausführen lasse oder aber die bedeutend wichtigere und schwerere Methode: die Patienten müssen bei Ausführung der Bewegung in der vorgeschriebenen Form den Takt selbst hervorbringen, welcher auch äusserlich durch das Anschlagen zweier verschieden gestimmter elektrischer Glocken deutlich und vernehmbar percipirt wird; wir verknüpfen also zur Wiedererlangung des Coordinationsmechanismus die incitirende Kraft der acustischen Erregung und den coordinirenden Einfluss des Takt- (Zeitsinns) -sinns. — Ausserdem controlirt der Patient durch das Anschlagen der Glocken, ob auch der Bewegungseffect seiner Bewegungsintention entspricht — demnach sieht er nicht nur, sondern er «hört» vor Allem, ob er coordinirt bewegt.

Diese letztere Methode ist bei ihrer Ausführung an ein technisches Hülfsmittel gebunden: ich construirte für diesen Zweck ein «Laufbrett» (demonstrirt wie sub [1]) bemerkt und angefertigt von Reiniger, Gebbert & Schall in Berlin), bei dessen Benutzung der Patient Metallinien in Schrittweite berührt, welch' letztere mit zwei elektrischen Glocken in Contakt stehen. Berührt nun der Patient mit seinen Fussspitzen, an denen er einen kleinen Contakt trägt, diese Metalllinien, so wird der Glockenstrom geschlossen und die Glocken schlagen kurz und scharf an; tritt der Patient neben die Metallinien, dann bleibt der Stromschluss aus und die acustische Erregung fehlt. — Demnach kann der Patient ev. auch bei geschlossenen Augen controliren, ob der Bewegungseffect der Bewegungsvorstellung entspricht; er lernt das Bewegungsbild in seinen Phasen zu erfassen und lediglich auf Grund dieses Bewegungsbildes zu innerviren.

Und die therapeutische Resultate dieser associativen Uebungen? — Da die Uebung als solche die Basis unseres Verfahrens bildet, kann man natürlich das therapeutische Moment der associativen Acusticuserregung nur schwer taxiren; — immerhin glaube ich über Resultate zu verfügen, die auf anderem Wege nicht zu erzielen waren. — cf. [1]).

---

[4]) Das Auge wird diese Fähigkeit rasch erwerben, wenn das Haut-Muskelgefühl gänzlich vernichtet ist; es wird dagegen diese Fähigkeit nur schwer erwerben, wenn die sensiblen Nerven in Folge anatomischer Destruction pervers empfinden, denn selbst perverse Sinneseindrücke werden nach Leyden-Goldscheider für die Regulation der Bewegung verwendet, die demnach jedoch «ungeordnet» = irregulär in Erscheinung treten muss. Demgemäss wird es Aufgabe der «Uebungstherapie» sein, den Ataktiker dahin zu bringen, dass er diese fehlerhaften Eindrücke, die auf ihn einwirken unterdrückt und lernt, lediglich auf Grund der ungetrübten optischen Bewegungsvorstellungen zu coordiniren.

Referate.

J. G. Clark. Eine Methode der Stellungsdrainage der Peritonealhöhle nach abdominalen Operationen. Bulletin of the Johns Hopkins hospital, 1897 April.

Verf. schliesst sich auf Grund seiner vergleichenden Beobachtungen an einem Material von 1700 Coeliotomien, die in der gynäkologischen Abtheilung des John Hopkin-Hospital ausgeführt wurden, den Gegnern einer Drainage der Bauchhöhle, wie sie jetzt üblich ist, an. Die undrainirten Fälle gaben bei weitem bessere Resultate. Um die Gefahren, die aus dem Vorhandensein von todten Räumen in der Beckenhöhle entstehen zu beseitigen empfiehlt Verfasser seine «Stellungsdrainage».

Dieselbe wird auf Grund experimenteller Untersuchungen und klinischer Beobachtungen — es werden 5 Fälle angeführt — empfohlen. Bekanntlich kann das Peritoneum unter normalen Bedingungen colossale Mengen von pyogenen Organismen durch Resorption unschädlich machen, ohne dass es zur Peritonitis kommt. Wenn übergrosse Mengen vom Organismus durch die Lymphgefässe aufgenommen werden, kommt es zu allgemeiner Septicämie ohne Peritonitis. Stagnation von Flüssigkeiten in todten Räumen begünstigt die Bildung von Peritonitis durch Schaffung eines günstigen Nährbodens für die Vermehrung der Mikroorganismen. Muscatello hat nachgewiesen, dass in die Bauchhöhle eingeführte Partikelchen aus der Bauchhöhle durch das Diaphragma in die mediastinalen Lymphgefässe geschafft werden, wobei Leukocythen den Transport derselben übernehmen. Es besteht ein beständiger Strom von Flüssigkeit und Partikelchen in der Peritonealhöhle, der zum Diaphragma führt. Dieser Strom ist unabhängig von der Stellung des Thieres, kann aber durch das Gesetz der Schwere beeinflusst werden.

Die Methode des Verf. bezweckt nun die Stagnation von Flüssigkeiten in den todten Räumen des Beckens zu verhindern, ferner infectiöse Organismen in normale Gebiete des Organismus zur Unschädlichmachung zu befördern und toxische von den Mikroorganismen producirte Substanzen zu verdünnen, damit sie ihre reizende Wirkung im Wundgebiet nicht entwickeln.

Die Methode besteht in Folgendem: Zum Schluss der Operation wird die Bauchhöhle von Flüssigkeit und von Partikelchen möglichst gesäubert und mit physiologischer Kochsalzlösung reichlich ausgewaschen. In der Bauchhöhle werden 500—1000 ccm. der genannten Flüssigkeit zurückgelassen, die sogleich den Strom zum Diaphragma einleitet. Das Fussende des Bettes wird um 22° gehoben und erst nach 24—36 Stunden wieder grade gestellt. Diese Stellungsmethode der physiologischen Drainage soll als prophylactische Massregel gegen das Zustandekommen von Peritonitis nach Operationen angewandt werden. Sie passt nicht für schon bestehende eitrige Peritonitiden. Dagegen ist das Vorhandensein von Eitererregern nicht eine Contraindication für die Anwendung der Stellungsdrainage, da es durch Experimente festgestellt ist, dass das Peritoneum die Invasion grosser Mengen von sehr virulenten Organismen übersteht. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. L. Lewin: Lehrbuch der Toxikologie. Zweite vollständig neubearbeitete Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1897.

Bei der in dem letzten Jahrzehnte schnell und ununterbrochen fortschreitenden Entwickelung der Chemie sind eine grosse Reihe neuentdeckter Stoffe auf den Markt und in den Gebrauch gelangt, von denen viele giftige Eigenschaften besitzen. So sind die Bedingungen für gelegentliche und auch für chronische Vergiftungen sowohl des Consumenten als des Producenten dementsprechend häufigere geworden und die casuistischen Mittheilungen über dieselben, die zerstreut umherliegen machen eine einheitliche kritische Besprechung zu einem Bedürfniss und zu einer Nothwendigkeit.

Es sind jedoch nicht die chemisch reinen Stoffe allein, die in diesem werthvollen Buche zur Besprechung gekommen sind. Ein grosser Theil desselben umfasst vielmehr die Gifte aus der Pflanzen- und aus der Thierwelt in einer bisher noch nicht dagewesenen Vollständigkeit und Ausgiebigkeit, die uns fast auf den Gedanken bringt, dass wir uns von den uns umgebenden Giften der Erde im Allgemeinen eine viel zu kleine Vorstellung machen. — Neu scheint uns auch die vom Verfasser an einer Stelle ausgesprochene Ansicht, der Giftmord sei wahrscheinlich viel häufiger, als er bekannt wird. Einen besonderen Werth gewinnt das Lehrbuch durch die Angaben der Art des Nachweises von Giften, der therapeutischen Gegenmassregeln und seine sehr reichlichen Literaturangaben.

Das Lewin'sche Werk hat bereits in seiner ersten Auflage eine so wohlwollende Aufnahme gefunden und ist dem Gerichtsarzte sowohl wie dem Kliniker und praktischen Arzte ein so wichtiger Bestandtheil seiner Bibliothek geworden, dass wir von jeder weiteren Besprechung dieser zweiten Auflage Abstand nehmen können und nur die Knappheit in der Form, die Kritik in der Sache und die Eleganz in der Ausstattung lobend erwähnen können. Kallmeyer.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung 22. Mai 1896.

1. Dr. Kessler demonstrirt drei von ihm operirte Ovarialtumoren und einen myomatösen Uterus. Ausführlichere Mittheilung vorbehalten.

2. Dr. Kramer berichtet über die Behandlung eines Falles von Syphilis mit Cuprum sulfuricum. In den betreffenden im Libauer Stadtkrankenhause beobachteten Fällen wurde auf Empfehlung französischer Autoren Cupr. sulf. 0,03 : 30.0 4 Mal täglich 1 Esslöffel angewandt, da jede specifische Therapie mit Hg nicht vertragen wurde. Bei der Cuprumbehandlung gingen die Symptome zurück und das Körpergewicht stieg, so dass baldige Besserung eintrat. Auch in einem Falle von recidirender Lues hat Vortr. günstige Resultate erzielt. Die Wirkung des Mittels ist schwer zu erklären, doch muss nach den mitgetheilten Krankengeschichten eine specifische Wirkung angenommen werden.

Sitzung 17. April 1896.

Dr. Kessler hielt den angekündigten Vortrag: zum gegenwärtigen Stande der Vaginofixationsfrage.

Sitzung 4. September 1896.

Herr Dr. Gurwitsch demonstrirt einen Fall von Meningitis und Aorten-Insufficienz.

Ich erlaube mir Ihnen 2 Fälle vorzustellen, die einige, wenn auch nicht so selten, so doch auffallend stark ausgesprochene klinische Symptome aufweisen.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 21 Jahr alten Bauer, der nach einem Sturz von einer 2 Faden hohen Leiter in besinnungslosen Zustand verfiel, der ca. 31 Stunden anhielt, im Anschluss daran entwickelte sich das typische Krankheitsbild einer Cerebrospinalmeningitis. Bei der Untersuchung fiel es auf, dass Patient auch bei zartestem Kneifen seiner Muskeln das ausgesprochene Bild der idiomusculären Contractionen bot. Die Erscheinung an sich ist nicht auffallend selten und kommt auch bei sonst gesunden Menschen vor, wenn man quer zur Längsaxe eines Muskels auf denselben einen kräftigen Schlag versetzt. Bei unserem Patienten bedarf das Hervorrufen der in Rede stehenden Erscheinung eines ganz geringen Reizes und ist ein Zeichen der Spiralirritation, verursacht durch das oben beschriebene Trauma. Patient ist jetzt bereits Reconvalescent und das beschriebene Symptom ist dementsprechend im Schwinden begriffen.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 26 Jahre alten Bauer, der vor 5 Jahren eine linksseitige Pleuritis, vor 3 Jahren einen Gelenkrheumatismus hatte, von der Zeit ab leidet er an geringer Athemnoth und seltenem Herzklopfen. Am 30. März d. Jahres bekam er ein Haematoma intermusculare an der linken Wade; am 13. August abermals eins. Bei der Untersuchung des Herzens lässt sich eine Insufficienz der Aortenklappen leicht constatiren. Wenn sie den Patienten betrachten, wird Ihnen vor Allem die starke Pulsation des ganzen Körpers auffallen, wo sie auch die Hand auflegen, fühlen Sie überall deutliches Pulsiren, am deutlichsten natürlich entsprechend dem Verlauf der Arterien; die Pulsation der grossen und mittelgrossen Gefässe kann man auch gut sehen. Weder Nägel- noch Venenpuls sind beim Patienten vorhanden. Ich habe viele Pulscurven aufgenommen, und sogar die Arteria interossea prima gab mir das deutliche Bild eines Aorteninsufficienzpulses, wie Sie sich aus der beistehenden Curve überzeugen können.

Die Aufgabe der Therapie im gegebenen Falle ist, den Blutdruck herabzusetzen, die Frequenz der Herzthätigkeit zu vermindern.

Ich glaube dieser Aufgabe am besten durch Massage nachkommen zu können und forderte Herrn Heilgymnasten Weltz auf, periphere sowie locale Herzmassage auszuführen. Dabei erhielten wir folgende interessante Zahlen für die Pulsfrequenz (in ½ Minuten gewählt).

Pulsfrequenz vor der Massage in ½ Minute: 55.
Drehbewegungen am linken Fussgelenk: 57, 55, 54, 50, 51, 50.
» am rechten » 52, 52, 50, 53.
» am linken Handgelenk: 48, 47, 47.
» am rechten » 48, 47, 48, 48.
Magenmassage: 44, 49, 48, 47, 48, 47, 46, 46, 44, 46, 47, 47.
Nach der Massage: 48, 50, 52, 56, 54, 56, 54, 54.
Muskelkneten am Bein: 47, 46, 46, 46, 46, 46, 45, 45, 45.

Nach dem Kneten: 45, 45, 44, 44, 46, 46, 44.
Muskelkneten am Bein: 47, 46, 46, 46, 46, 46, 45, 45, 45.
Nach dem Kneten: 45, 45, 44, 44, 46, 46, 44.
Muskelkneten am Arm: 46, 45, 45, 45, 45.
Nach dem Kneten: 44, 44, 45.
Locale Herzmassage (Streichen und Vibrationen): 44, 42, 42, 41, 41, 44, 42, 42.
½ Stunde danach: 42, 42, 43, 43, 43.
Am nächsten Morgen: 43.

Sitzung 18. September 1896.

Dr. Christiani hält den angekündigten Vortrag: Ein Beitrag zur Chelidoniumtherapie bei Carcinom (wird in extenso in der St. Petersburger Wochenschrift veröffentlicht).

Dr. Fick erwähnt, dass der Saft von Chelidoniumpflanzen als Aetzmittel bei Warzen etc. benutzt wird, doch ist die Wirkung nur eine oberflächliche.

Dr. Hartge erwähnt, dass im Saft zwei Alcaloide nachgewiesen und untersucht sind, Chelidonin ein indifferentes Alcaloid und Cholerythrin welches dem Aconitin ähnliche und zugleich ätzende Wirkungen aufweist.

Dr. Kessler fragt welches Präparat verwandt wurde?

Dr. Christiani giebt an, dass in vorliegendem Falle die im Mai gesammelten Pflanzen verwandt wurden, und zwar zu Spülungen eine Handvoll des Krautes auf 1 Stof Wasser.

Dr. Graubner erwähnt, dass er vor 4 Jahren curettirtes Material vom Uterus einer Patientin desselben Namens und aus derselben Gegend wie der Fall von Christiani, untersucht hat. Die Diagnose wurde damals auf Carcinom gestellt, die Patientin willigte aber nicht in die Operation.

Dr. Graubner geht ausführlicher auf die Beschreibung der mikroscopischen Bilder ein, welches die Charakteristika eines Adenocarcinoms aufweist.

Dr. Graubner berichtet über einen Fall von Carcinoma uteri, dessen Diagnose nur mit Hilfe der mikroscopischen Untersuchung sichergestellt werden konnte.

Dr. Graubner berichtet über einen in der Mellinschen Heilanstalt zur Beobachtung gelangten Fall von Tumor uteri, bei welchem nur durch Hilfe der mikroscopischen Untersuchung die Diagnose auf Carcinom sicher gestellt werden konnte, während alle anderen Methoden zur Bestimmung der Qualität des Tumors im Stich gelassen hatten. Vortragender hatte auf dem VIII. livländischen Aerztetage Gelegenheit genommen auf die mitunter grossen Schwierigkeiten hinzuweisen, welche einer exacten Frühdiagnose besonders des Cervix- und Corpuscarcinom im Wege stehen und die dominirende Bedeutung der mikroscopischen Untersuchung betont. So gewann auch dieser Fall ein besonderes Interesse.

J. S. 65 a. n. (Journ. № 161, 1896) ist seit 30 Jahren verheirathet. In den ersten Jahren ihrer Ehe hat sie nach einem Abort ein 6 wöchentliches Krankenlager durchgemacht und mehrfache starke Blutungen gehabt. Seitdem Sterilität. Seit 10 Jahren Menopause. Im April 1896 trat wässrige Secretion aus der Scheide ein, der mitunter Blut beigemischt war. Diese Secretion trat mit Unterbrechungen auf und war mit Harndrang und Schmerzen im Unterleibe verbunden. Seit dem April dieses Jahres haben auch die Kräfte abgenommen.

Pat. ist von mittlerem Wuchse. Panniculus adiporus sehr stark entwickelt. Aus der Vagina entleert sich serösblutiges Secret. Die portio vaginalis ist dicht hinter einer fast ringförmig geschlossenen Verengung des Vaginalrohres erreichbar. Rechts hinten liegt in der Vaginalwand ein etwa bohnengrosses geröthetes prominirendes Knötchen. Die Portio vaginalis ist normal gross, zeigt keinen Höcker oder Verfärbung des Schleimhautüberzuges. Orificium ext. geschlossen. Der Cervix geht über in einen sehr harten fast faustgrossen Tumor, der wenig beweglich erscheint und rechts oben einen halbkugligen etwa wallnussgrossen Auswuchs trägt. Ueber die Oberfläche des Tumors kann sonst wegen der überaus dicken Bauchdecken nichts ermittelt werden. Die Parametrien erscheinen beiderseits verdickt und fixiren den im oberen Abschnitt beweglichen Tumor soweit, dass der untere Abschnitt desselben nur sehr geringe Excursionen gestattet. Bei der Untersuchung vom Mastdarm aus lässt sich ausserdem noch die hintere Oberfläche des Tumors als uneben erkennen. Die Sonde dringt durch den Cervix leicht, doch in das Cavum uteri erst nach Ueberwindung einiger Höcker und Vorsprünge und stösst im cavum auf viele Unebenheiten, deren derbe Consistenz ihre Bewegungen behindern. Nirgends weiche oder gar bröcklige Gewebspartien. Das Lumen des cavum uteri liegt links hinten und ist erheblich verlängert. Da durch den bisherigen Untersuchungsbefund eine exacte Differentialdiagnose zwischen Myoma und Carcinoma uteri nicht gestellt werden konnte, wird mit der Curette eingegangen und einige wenige derbe, auffallend opak gefärbte Gewebspartikel hervorgeholt. Die mikroscopische Untersuchung zeigt exquisit ausgebildete Krebsnester und zahlreiche zum Theil überaus charakteristisch ausgebildete Epithelperlen.

Bei der Eröffnung der Leibeshöhle zeigt sich ganz geringer Ascites, der Tumor, besonders der obengenannte rechtseitige Knollen flockig gelbweiss verfärbt, die breiten Mutterbänder ausgebreitet mit kleinen knötchenförmigen Metastasen bedeckt. Auch die Serosa des Darmes weist einige weisse Knötchen auf. Die beabsichtigte Totalextirpation wird deswegen aufgegeben und die Bauchhöhle geschlossen. Demonstration der gewonnenen Gewebsparticel und des mikroscopischen Präparates.

Vermischtes.

Das Petersburger Comité zum Empfang der ausländischen Gäste, die als Glieder des XII. internationalen med. Congresses nach Petersburg kommen, bittet ganz ergebenst die Herren Collegen um ihre liebenswürdige persönliche Mitwirkung 1) bei der Organisation von Dejouren auf den Bahnhöfen bei der Ankunft der Ausländer in Petersburg und 2) zur Hülfeleistung während des Aufenthaltes der Ausländer in Petersburg.

Erforderlich ist Kenntniss der französischen oder deutschen Sprache. Dejouren auf den Bahnhöfen werden voraussichtlich eingerichtet vom 1—5. und vom 15—18. August. Zu Dienstleistungen in der Stadt würden die Collegen vom 15—18. August in Anspruch genommen werden.

Die Herren Collegen, welche sich an den Dejouren auf den Bahnhöfen betheiligen wollen, werden gebeten sich schriftlich an Privatdoc. Dr. Danillo (Эртелевъ пер. 7.) zu wenden unter genauer Angabe ihrer Adresse.

Diejenigen Collegen, welche dem Comité in der im Punct 2 angeführten Weise helfen wollen werden gebeten sich an Prof. Dr. O. Petersen (Крюковъ кан. 6) zu wenden. Die detaillirte Vertheilung der Beschäftigungen wird in einer Versammlung vor dem 1. August vorgenommen, zu welcher die Herren Collegen besonders eingeladen werden sollen.

— Congressnachrichten. Die Freikarten, welche den Mitgliedern des bevorstehenden internationalen medicinischen Congresses zur Fahrt auf den russischen Eisenbahnen nach Moskau bereits zugesandt worden sind, haben bereits am 20. Juli (1. August n. St.) Gültigkeit erlangt; mit demselben Tage hat, wie das Executiv Comité bekannt macht, die Annahme von Meldungen für solche Freikarten aufgehört und können weitere Gesuche um Gewährung derselben nicht berücksichtigt werden. Die Freikarten für die russischen Eisenbahnen berechtigen auch zur unentgeltlichen Hin- und Rückfahrt auf den finnländischen Bahnen. — Von dem Ingenieur Kerbeds ist das Comité benachrichtigt worden, dass das Finanzministerium sein Gesuch um Bewilligung von Extrazügen zu ermässigten Preisen für die Theilnehmer des Congresses zur Fahrt in den Kaukasus abschlägig beschieden hat. Er empfiehlt aber zur Benutzung der Congressmitglieder zehn verschiedene Rundreiserouten, welche er nach Rücksprache mit den betreffenden Eisenbahnverwaltungen und der Dampfschifffahrtsgesellschaft «Kawkas i Merkuri» zusammengestellt hat. Der Verkauf dieser Rundreisebillets, deren Preis nach dem zur Zeit geltenden Passagiertarif berechnet ist, wird während der Congresszeit in der Kanzlei des Executiv-Comités stattfinden. — Für die Zeit des Congresses wird in Moskau ein internationales medicinisches Pressbureau eingerichtet werden, dessen Leitung Professor J. Neiding übernommen hat. — Von dem Chef der Moskauer Palais-Verwaltung ist die Mittheilung zugegangen, dass das Kreml-Palais, die Rüstkammer und das Haus der Bojaren Romanow während des Congresses täglich von 9—5 Uhr für die Congressmitglieder zur Besichtigung geöffnet sein werden. Die Betheiligung am Congress verspricht eine über alles Erwarten zahlreiche zu werden. Die meisten Theilnehmer vom Auslande wird wohl Deutschland senden, denn die Anzahl der Aerzte, welche durch Vermittelung des Deutschen Reichs-Comités ihre Theilnahme am Moskauer Congress angemeldet haben, beträgt nach der «Allg. med. Central-Ztg.» 693. Als Repräsentanten der Deutschen Theilnehmer werden an dem Empfange bei Sr. Majestät dem Kaiser am 5. August ausser Prof. Virchow auch der Generalstabsarzt Prof. Dr. v. Coler und Prof. v. Leyden theilnehmen. Das Deutsche Reich wird auf dem Congress durch den Generalstabsarzt Dr. Coler und Oberstabsarzt I. Classe Dr. Schjerning vertreten werden. Der Verein für innere Medicin in Berlin wird sich durch die Prof. v. Leyden und Gerhardt in Moskau vertreten lassen; die Berliner medic. Gesellschaft durch die Proff. Senator und Landau; die Hufeland'sche Gesellschaft (Berlin) durch die Proff. Liebreich u. Ewald; die Gesellschaft für Kinderheilkunde in Berlin durch die Proff. Heubner u. v. Ranke; die Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege durch die DDr. Wehmer und Th. Weyl. —

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat Dr. Ludwig Pfeiffer in Weimar, Dr. Leonhard Voigt in Hamburg, Professor Dr.

Körösi in Budapest, Dr. Chambon in Paris und die Londoner Epidemiologische Gesellschaft in Anbetracht ihrer Verdienste um die Schutzpockenimpfung zu Ehrenmitgliedern gewählt. (Wr.)

— Der frühere Oberarzt der hiesigen St. Panteleimon-Irrenanstalt Dr. S. A. Bjeljakow ist auf den Posten des Directors des psychiatrischen Krankenhauses in Samara berufen worden. —

— Wie der «Wratsch» erfährt, werden auf Verwendung des Directors des weiblichen medicinischen Instituts Dr Anrep in den ersten Cursus dieses Instituts nicht, wie es anfangs bestimmt war, 125, sondern 160 Zuhörerinnen (darunter 5% Nichtchristinnen) aufgenommen werden. Mehr als 100 Aspirantinnen müssen wegen Platzmangels zurückgewiesen werden. Im ersten Cursus wird Anatomie, Histologie, Physik, Chemie, Mineralogie, Botanik, Zoologie vorgetragen werden und ausserdem sind die Zuhörerinnen verpflichtet im ersten Halbjahr noch Vorlesungen über Dogmatische Theologie zu hören. —

— Verstorben: 1) Am 29. Juni in Pjatigorsk der Professor der medicinischen Chemie an der Charkowschen Universität. Staatsrath Dr. T. Bogomolow im 55. Lebensjahre am Schlage. Nach Absolvirung naturwissenschaftlicher Studien in Moskau und Erlangung des Arztgrades in der medico-chirurgischen Academie war der Hingeschiedene mehrere Jahre Assistent des verstorbenen Professors Botkin und habilitirte sich 1876 als Privatdocent für pathologische Chemie an der Academie. Im J. 1893 folgte er einem Rufe als Professor der med. Chemie nach Charkow, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Vor einigen Jahren gab er eine Monatsschrift «Современная Клиника» (Zeitgenössische Klinik) heraus, die aber bald einging. 2) In Pensa der Landschaftsarzt Peter Rumjanzew an Perityphlitis. Trotz zwanzigjähriger ausgebreiteter Praxis hat R. seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 3) In Wien der emeritirte Professor der Medicin an der dortigen Universität Dr. R. v. Lerch im 84. Lebensjahre. In den sturmbewegten Tagen des Jahres 1848 hat der Verstorbene als Decan der med. Facultät und Leiter der studentischen Bewegung eine einflussreiche Rolle gespielt. 4) In Burnemouth der bekannte Psychiater Sir John Bucknill, ärztlicher Inspektor an der Irrenanstalt von Devonchire, im Alter von nahezu 80 Jahren, 1853 gründete er das «Journal of Mental Science», welches er 9 Jahre redigirte. Unter seinen Schriften ist am bekanntesten sein Buch über die Irrsinnigen bei Shakespeare. —

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Juli d. J. 7202 (15 mehr als in d. Vorw.), darunter 426 Typhus — (14 mehr), 830 Syphilis — (14 wen.), 115 Scharlach — (0 wen.), 114 Diphtherie — (17 wen.), 99 Masern — (8 wen.) und 24 Pockenkranke — (5 mehr als in der Verw.).

Am 19. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 7110 (92 wen als in der Vorwoche), darunter 449 Typhus — (23 mehr), 816 Syphilis — (14 wen.), 110 Scharlach — (5 wen.), 112 Diphtherie — (2 wen.), 79 Masern (20 wen.) und 22 Pockenkranke (2 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. Juli 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
372	236	608	160	70	106	18	6	14	34	50	46	34	29	22	18	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 26, Scharlach 6, Diphtherie 31, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 1, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 53, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 111, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 15. bis 19. Juli 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
338	247	585	161	66	100	23	8	20	46	42	31	23	33	24	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 16, Scharlach 8, Diphtherie 32, Croup 3, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 4. Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 147, Todtgeborene 29

Дозв. ценз. Спб. 26 Іюля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 2. (14.) August **1897**

Der XII. internationale medicinische Congress in Moskau.

Nach wenigen Tagen wird der XII. internationale medicinische Congress in Moskau eröffnet werden. Es sei uns gestattet, an dieser Stelle einige Worte zu seiner Begrüssung zu sagen.

Die Begeisterung, mit der die ersten internationalen Congresse begangen wurden, hat später bedeutend nachgelassen. Es sind immer mehr Stimmen laut geworden, die ihre Zweifel an der Berechtigung und dem Nutzen solcher Massenversammlungen aussprechen. Es wurde darauf hingewiesen, dass bei dem enormen Zudrang zu diesen Versammlungen die Zeit für eine fruchtbare Discussion der auf die Tagesordnung gestellten Themata viel zu kurz bemessen sei, dass das Sprachengewirr die Verständigung gar zu sehr erschwere, dass die wichtigen Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Sectionen durch eine Ueberfülle von Specialfragen in den Hintergrund gedrängt würden, dass selbst der persönliche Verkehr unter den Mitgliedern durch die Schwierigkeit der Organisation gemeinsamer Unternehmungen Noth litte. — Das sind alles Bedenken, deren Berechtigung nicht in Abrede gestellt werden kann.

Dennoch hiesse es, den Grundgedanken und die Hauptaufgaben der internationalen Congresse verkennen, wollte man ihnen, mit Rücksicht auf die erwähnten Einwände, das Recht der Weiterexistenz absprechen; das dürfte man nur, wenn der einzige Zweck der Congresse die Lösung von Streitfragen der praktischen und theoretischen Medicin wäre. Das ist aber keineswegs der Fall.

Der Endzweck unserer Bemühungen ist ja ein rein praktischer — die Verhütung und Heilung von Krankheiten. Auf dieses Ziel ist die ärztliche Alltagsarbeit beständig gerichtet, ihm dient die technische Arbeit der Kliniken, Hospitäler und Laboratorien. Eine herrlich reiche Literatur fixirt und verbreitet die Resultate dieser Arbeit, die durch sie gewonnenen Kenntnisse. Aber, wenn es dabei sein Bewenden hätte, wären wir nicht viel mehr als Handwerker und die Gefahr, es zu werden, liegt in der That bei unserer fast alle Kräfte beanspruchenden praktischen Thätigkeit nur zu nahe. Die Medicin soll aber kein Handwerk sein — sie soll Wissenschaft und Kunst sein. Der Geist der Wissenschaft und Kunst schwebt über unserer, in ihrer Gesammtsumme ungeheuren, Detailarbeit, einigt sie zu einem Ganzen, giebt ihr Leben und gestaltet sie damit erst zu einem kraftstrotzenden Organismus. Diesen wissenschaftlichen Geist zu pflegen, damit er im Alltagsleben nicht abstumpfe, sondern immer in uns lebendig bleibe — dazu bedürfen wir des persönlichen Gedankenaustausches, des lebendigen Contactes mit unseren Collegen. Wie der medicinische Unterricht erst durch die persönlichen Beziehungen zwischen Lehrer und Schülern lebendig und fruchtbar wird, ebenso müssen auch wir den unmittelbaren Verkehr unter einander und mit den führenden Geistern unserer Wissenschaft aufrecht erhalten — und dazu sollen vornehmlich die internationalen Congresse dienen.

Sie haben aber noch andere Aufgaben. — Die Arbeit von Jahrhunderten — ja von Jahrtausenden — hat eine fast unübersehbare Menge von Kenntnissen hervorgebracht und wir könnten uns in diesem Lichtmeer nicht zurecht finden, es garnicht übersehen, wenn wir nicht in gewissen Zeitabständen alle Strahlen wie in einem Brennpunkt concentriren könnten. Das ist die schwere und verantwortungsvolle Aufgabe der Congressleitung. Sie soll das Geeignete aus dem angemeldeten wissenschaftlichen Material aussuchen, passend gruppiren und die Discussionen so leiten, dass die Congressverhandlungen in nuce den augenblicklichen Gesammtinhalt der medicinischen Wissenschaften repräsentiren, die Lücken in unserem Wissen erkennen lassen und damit unser Arbeitsfeld für die Zukunft bezeichnen. Hoffen wir, dass das Moskauer Comité diese schwierige Aufgabe befriedigend erfüllt.

Ferner sollen die internationalen Congresse in demselben Sinne einigend wirken, wie es, in weit grösserem Umfang, die Universitäten thun. Es ist ein vielbeklagter Uebelstand unserer Zeit, dass die einzelnen medicinischen Disciplinen in Folge ihres fortwährend zunehmenden Umfanges immer mehr den Zusammenhang unter einander verlieren; scheint es doch zuweilen, als sollten die Zeiten der Bruch- und Steinschneider und andrer ehrsamer Zünfte wieder aufleben, — ja in einzelnen Ländern ist man im Begriff, diese Zersplitterung gesetzlich zu sanctioniren. Dem gegenüber sind doch wieder die internationalen Congresse diejenige Institution, welche dieser Rückwärtsbewegung mit allen Mitteln entgegenzuarbeiten hat: gerade den vielen gemeinsamen Fragen, welche die verschiedenen Specialfächer noch zusammenkitten, soll eine besondere Aufmerksamkeit und möglichst vielseitige Bearbeitung zu Theil werden.

Endlich fällt den internationalen Congressen noch eine wichtige Aufgabe zu. — Es wird allgemein anerkannt, und in allen Ländern mehren sich die Klagen darüber, dass das Ansehen des gesammten Aerztestandes sinkt, dass seine Stellung dem Publikum gegenüber sich stetig verschlechtert, ja in manchen Ländern nahezu unerträglich geworden ist. Es ist hier nicht der Ort, den Ursachen dieser Erscheinung nachzugehen, zu untersuchen, auf welcher Seite die grössere Schuld liegt — sicher ist, dass diese Zustände energische Abhilfe verlangen. Einzelne Individuen können da wenig thun — heutzutage werden alle socialen Fragen durch Massenkämpfe entschieden. Neben der Presse dürfte es kaum noch ein so mächtiges Mittel geben, sowohl um unser Prestige dem Publicum gegenüber zu heben als auch um wirksame Massregeln gegen unsere inneren Schäden zu treffen, wie die internationalen Congresse. Freilich haben diese nichts, was etwa einer legislativen Gewalt ähnlich sähe — das ist aber auch nicht nöthig. Zwangsmassregeln sind doch nie eigentlich wirksam auf einem so rein ethischen Gebiet, zu dem die «ärztliche Standesfrage» gehört; auch wäre es ein trauriges testimonium paupertatis für unser culturelles und sittliches Niveau, wollten wir das Bedürfniss nach äusserer Gewalteinwirkung anerkennen. Durch engen Zusammenschluss, durch Pflege des corporativen Geistes müssen wir einen Halt nach aussen gewinnen und — andererseits — allerlei Ausschreitungen innerhalb unseres Standes entgegentreten. Die persönliche Freiheit wird dadurch sicher nicht beeinträchtigt, die mit ihr so oft verwechselte Zügellosigkeit aber erfolgreich eingedämmt werden.

Pflege des wissenschaftlichen Geistes, Concentrirung unseres Wissens und Definition unserer wissenschaftlichen Aufgaben, Einigung der auseinanderstrebenden Disciplinen, Vertretung der Interessen unseres Standes sowohl nach aussen als auch nach innen — das glauben wir als die hohen und wichtigen Aufgaben der internationalen Congresse ansehen zu müssen und in diesem Sinne wünschen wir dem Moskauer Congress vollsten Erfolg. Dem eggenüber erscheinen die Eingangs erwähnten Schwierigkeiten nur von untergeordneter Bedeutung und es möge Niemanden verdriessen, wenn hier und da ihre Beseitigung nicht ganz nach Wunsch gelingen sollte.

Unsere ausländischen Gäste insbesondere, welche den weiten Weg nicht gescheut haben, heissen wir von Herzen willkommen und hoffen, dass sie für die Mühseligkeiten der Reise reichlich entschädigt werden durch das viele Neue und Interessante, was ihnen das grosse und eigenartige Russische Reich bieten wird! W.

Beitrag zur Kenntniss der Wirkung der heilgymnastischen Bewegungen auf den Rythmus bei organischen Herzfehlern [1].

Von

Dr. Astley Levin, übersetzt v. G. Weltz.

Zur näheren Beleuchtung des Einflusses der Heilgymnastik auf den Rythmus des kranken Herzens halte ich es für angezeigt, auch nachstehende Arbeit im Anschluss an den Wide'schen Aufsatz (cf. Nr. 26 und 27 dieser Wochenschrift) weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Sie ist das Resultat von über 6000 gewissenhaften Beobachtungen und bietet in übersichtlichen Tabellen die Ergebnisse von Pulszählungen, die im Anschluss an die heilgymnastische Behandlung vorgenommen worden sind.

Es sind Beobachtungen, die Dr. Levin in 10-jähriger Praxis, als Leiter verschiedener heilgymnastischer Institute zu sammeln, Gelegenheit hatte. d. Uebers.

Die Behandlung der Herzkrankheiten mit heilgymnastischen Bewegungen war, so viel wir wissen, vor P. H. Ling unbekannt. Seine Behandlungsmethode dieser Krankheiten ist nicht ein Resultat blosser Versuche, sondern beruht auf richtigen physiologischen Grundsätzen. Gleichwohl waren es nur Gymnasten die seine Methode kannten und anerkannten: auf Ling folgten Branting, Rothstein und die Heilgymnasten-Aerzte Neumann, Sätherberg, Hartelius u. a. m. Später, als die Aerzte sich mehr mit der Heilgymnastik zu beschäftigen anfingen, war es natürlich, dass sie ein specielles Interesse dieser Behandlungsart widmeten, die, so verschieden von allen anderen, so auffallend wirksam und physiologisch gut begründet ist.

Die Aerzte Neumann, Sätherberg, Meliches, Hartelius haben alle diesen wohlthuenden Einfluss constatirt: in Sonderheit die Besserung der subjectiven Symptome, wie auch eines Theiles der objectiven. Die objectiven Erfolge auch objectiv zu beweisen durch die Methode des Zählens und der graphischen Darstellung, das ist das Bestreben der modernen medicinischen Forschung.

Die rythmische Bewegung des Herzens bietet auch die Möglichkeit zur Anwendung solcher Methoden; wir haben den Sphygmographen und die Pulszählung. Ersterer arbeitet wohl genauer, aber seine Anwendung in der Praxis ist beschwerlich und zeitraubend, auch sind die Resultate, die er ergiebt, noch nicht immer völlig deutbar. Darum habe auch ich die Untersuchungen, die ich mit dem Sphygmographen gemacht habe hier bei Seite gelassen.

«Die Methode der Pulszählung ist dagegen einfach, leicht auszuführen und im Vergleich zu ersterer wenig zeitraubend. Ist der Rythmus in Folge von Krankheit der Herzmuskulatur oder der Klappen aus seinen normalen Grenzen gekommen und kann man mittelst gymnastischer Bewegungen ihn diesen Grenzen mehr oder weniger näher bringen, so hat man hiermit auch einen ziemlich sicheren Beweis dafür, dass die Behandlung richtig gewirkt hat. Beweist dabei noch die Erfahrung, dass das subjective Wohlbefinden sich im selben Verhältniss bessert, so bestärkt das ja noch mehr den Werth der in Frage kommenden Beobachtungen. Dass das sich wirklich so verhält, dass eine bedeutend erhöhte Pulsfrequenz d. h. beschleunigte Herzthätigkeit — durch richtig angepasste Bewegungen beruhigt und herabgesetzt wird, ist schon

[1]) Fördrag i Skandidaviska Gymnastikläraresällstapet den 12 nov. 1892.

so lange Zeit bekannt, als die heilgymnastische Methode der Behandlung angewandt wird. Auch haben die Gymnasten zu verschiedenen Zeiten gewisse bestimmte Bewegungen angegeben, welche vorzugsweise diese Pulsherabsetzende Wirkung haben sollen. Besonders sind im Dr. G. Zander'schen Institut Beobachtungen und Untersuchungen in dieser Hinsicht gemacht worden».

«Da ich nun auch mein Scherflein in dieser Sache beitragen will, so sehe ich mich genöthigt, vorauszuschicken, dass ich vor allen Dingen der vollen gymnastischen Behandlung als Ganzes den grössten Einfluss zuschreibe; jedoch haben auch verschiedene einzelne Bewegungen eine unmittelbare Einwirkung auf den Herz-Rythmus, und um zur Kenntniss derselben beizutragen, will ich einige Resultate von Untersuchungen mittheilen, die ich im Laufe von 10 Jahren gesammelt habe, theils an Patienten im Badeort Bie während der Sommer 1882—92, theils am Södra gymnastischen Institut in Stockholm 1883—92, wo mir meine Zeit jedoch nur eine begrenzte Zahl von Untersuchungen erlaubte, theils am gymnastischen Centralinstitut 1888—92; hier habe ich meine Untersuchungen zum Theil in gemeinsamer Arbeit mit den Eleven gemacht, und habe ich besonders in letzterer Zeit den Puls der Herzpatienten von den Eleven zählen und aufzeichnen lassen».

«Hier theile ich nur die Untersuchungen mit, die an, mit organischen Herzfehlern behafteten Patienten gemacht wurden».

«Die Ursachen der beobachteten Herzfehler waren wechselnde, congenitale (oder in spätester Kindheit entstandene), nach Gelenk-Rheumatismus (bei der Mehrzahl), nach Scharlachfieber u. s. w. Das Alter der Patienten wechselte zwischen 7 und 60 Jahren».

«Bei den Untersuchungen ging ich so zu Wege, dass ich:

1) immer den Puls an einigen Tagen zählte, ohne ihn in die Notiz aufzunehmen, um die Patienten an die Untersuchung des Pulses zu gewöhnen und so die beschleunigte Herzthätigkeit zu vermeiden, die sonst bei daran nicht gewöhnten Patienten so leicht auftritt;

2) zählte ich in der Regel 3 mal:

a) vor der Behandlung, jedoch erst eine Stunde nach Ankunft des Patienten, so dass das Herz Zeit hatte sich nach dem Gange zu erholen.

b) unmittelbar nach jeder einzelnen ausgeführten heilgymnastischen Bewegung und

c) eine Stunde nach der ganzen Behandlung;

3) summirte ich nach den Aufzeichnungen die Resultate von 10 Tagen und nahm hiervon die Mittelzahl, um so viel wie möglich die störenden Einflüsse zufälliger Ursachen zu mindern».

«In der Regel habe ich selbst, oder auch der behandelnde Gymnast gezählt, aber dazwischen konnte das auch der Patient selbst thun, jedoch nur nachdem ich mich vorher überzeugt hatte, dass er das erstens richtig thut, und zweitens sich beim Pulszählen nicht im Geringsten erregt, denn ich muss darauf aufmerksam machen, dass man hierbei ganz besonders vorsichtig sein muss».

«Was die Wirkung der Behandlung als Ganzes betrifft, so ist dieselbe aus folgender Tabelle I ersichtlich, die 22 aus der grossen Masse herausgegriffene Fälle darstellt.

NB. Alle Zahlen in allen Tabellen sind Mittelzahlen von 10 Zählungen.

Tab. I. Puls vor und nach einer Behandlung von bestimmter Zeitdauer.

Namen	Alter	Puls bei der Ankunft	Behandlungsdauer	Puls nach Schluss der Behandlung
E. E. . . .	21 Jahre	112	1 Monat	86
H. W. . . .	22 »	140	3 »	88—84
A. K. . . .	11 »	100	2 »	90
M. J. . .	26 »	100	2 »	90—80
M. J.[3]) . .	27 »	100	4 »	90—84
E. A. . . .	60 »	114	2 »	86
H. O. . . .	46 »	104	2 »	90
K. L.[4]) . .	30 »	120	4 »	76
S. S. . . .	23 »	120	3 »	72
J. W. . .	21 »	84	1 »	74—70
K. L.[3]) . .	31 »	100	3 »	76—68
E. P. . .	13 »	140	5 »	88—88
B. H. . . .	12 »	96	3 »	90—76
K. M. . . .	18 »	112	2 »	94—84
C. S. . . .	25 »	120—112	4 »	100—90
B. H.[3]) . .	13 »	92	3 »	90—72
E. O. . . .	31 »	108	3 »	85—70
E. P.[3]) . .	14 »	100	3 »	85—75
J. S. . . .	37 »	80	1 »	70—60
S. H. . . .	11 »	80	2 »	68
L. D. . .	20 »	90	1 »	72
A. G. . . .	28 »	90	2 »	70

Um das gradweise Sinken des Pulses während einer bestimmten Behandlungsdauer zu zeigen, mag folgende Tabelle dienen.

Tab. II. Gradweises Sinken des Pulses während einer bestimmten Behandlungsdauer.

Namen	Datum	Puls vor u. nach d. Tagesbehandlung	Namen	Datum	Puls vor u. nach d. Tagesbehandlung
C. G. . .	11. Jan.	120—112	B. H. . .	11. Jan.,	92
» » . .	29. Febr.	105— 96	» » . .	4. Febr.	88—80
» » . .	12. März	102— 91	» » . .	20. Febr.	82—75
» » . .	30. März	99— 94	» » . .	17. März	82—73
» » . .	11. April	100— 98	» » . .	12. April	84—73
» » . .	28. April	101— 91	» » . .	30. April	80—71
K. L. . .	24. Febr.	140	E. O. . .	1. Febr.	108
» » . .	3. April	108— 90	» » . .	17. März	104—80
» » . .	6. Mai	98— 88	» » . .	17. März	100—79
» » . .	19. Sept.	104	» » . .	31. März	88—72
» » . .	1. Dec.	80— 76	» » . .	21. April	86—70
» » . .	20. Dec.	78— 74			

Folgende Tabelle zeigt den Puls vor und nach gewissen heilgymnastischen Manipulationen.

Tabelle III.

Lokale Herzbehandlung		Lokale Herzbehandlung		Brusthebschüttelung		Halbliegende Spaltrollung		Magenknetung		Wechselseitiges Rumpfdrehen	
81,2	67,4	82,4	77.8	82.8	73,6	76,6	77,8	113,2	95,8	83,2	80,7
91,6	83,2	81,0	77,2	100,0	92,0	82,2	72 2	104,0	90,0	84,0	76.1
107,2	99,0	88,8	81,8	84,4	81,6	77,8	76,6	84,0	64,6	101,3	97,7
79,6	72,4	123,8	97,6	87,6	81,0	100,0	100,4	92,8	88,3	82,2	79,8
73,0	68,6	105,8	98,5	Brustklopfg.		98,0	95,6	83,3	81,0		
78,1	77,1	103,4	98,8	84,8	79,0	94.8	91,2	82,0	80,0		
74,6	69,2	107.0	99,9	Armrollung		99,6	96,4	Armknetung			
						Rückennervendrückung					
70,0	64.9	71,7	67,5	80.0	78,5			79,0	68,0		
85,7	72,8	67,0	64,7	88,3	82,2	80,6	75,6	107,2	99,0		
83,0	76,8	105,2	96,6	82,0	76,6	86,6	74,8	85,4	77,6		
80,0	76,0	102,1	95,4	83,1	79,1	88,2	73,0	81,0	75,8		
				Halbliegende Fussrollung							
82,0	79,6	82,0	74,0			87,0	61,1	83,4	79,3		
99,8	83,9	82,9	74,2	84,4	78,6	109,4	105,6	81,0	78,3		
87,0	76,0	84,0	76,4	99,6	91,6	98,5	93,9	97,2	94,4		
96,2	86,4	91,6	83,2			99,6	94,1	91,6	88,8		
						100,7	96,4	87,6	84,4		
						—	—	99,6	92,4		

Das Zeichen ¦ bedeutet, dass die Zählung vom Pat. selbst ausgeführt wurde.

[3]) Vor und nach einer Tagesbehandlung.
[3]) Nach durchgemachter Operation.
[4]) Gravid im 3.—7. Monat.

Auch hier habe ich einige Zählungen nach jeder Bewegung nach dem Schema während einer bestimmten Zeitdauer gemacht, und möge Tabelle IV als Beispiel hierzu dienen.

Tadelle IV.

E. L.	Vorher	Spaltrollung	Herzerschütterung	Beinschüttelung	Armknetung	Fussrollung	Herzerschütterung	Bruststhebschüttelung
	100,0	100.4	97,6	97,2	94.4	93,2	93,2	92,0
	98,0	95.6	93,6	91.6	88,8	87,6	84,4	81,6
	94,8	91.2	90.0	87,6	84.4	83,6	83.2	81,0

J. E.	Vorher	Brusthebschüttelung	Kniebeug.[5]	Armdrehen[5]	Kniestreckung[5]	Herzerschütterung	Handstreichung[5]	Beinschüttelung[5]	Rückenhackung	Armrollung
	88,8	80,0	84,0	81.6	84,8	81,6	85,6	82,0	81.2	82,0
	82,8	79,6	81,6	80,8	80,0	80,0	76,2	80,8	80,8	79,2

A. H.	Vorher	Spaltrollung	Herzerschütterung	Beinschüttelung[5]	Armknetung	Fussrollung[5]	Brusthebschüttelung
	99,6	96,4	92,8	92,4	91,6	90,8	90,8

Aus den Zahlen, die ich hier angeführt habe, kann man wohl einige Schlüsse ziehen, aber doch mit Vorsicht, denn einige Fehler sind bei den Untersuchungen nicht auszuschliessen. Eine dieser Fehlerquellen, welche bei diesen meinen Untersuchungen besonders wichtig ist, ist die, das die Bewegungen und Manipulationen von vielen verschiedenen Gymnasten gemacht worden sind, die doch nicht alle völlig gleich massiren. Auf das Wie der Bewegungen kommt hier aber Alles an. Z. B. die, bei Behandlung eines Herzfehlers allerwichtigste Bewegung, die Herzerschütterung, wird von verschiedenen Gymnasten auf die verschiedenste Art und daher auch mit verschiedener Wirkung ausgeführt, ja, ich habe bisweilen beobachtet, dass die Pulsfrequenz bei dem einen Masseur nach einer Herzerschütterung steigt, während sie ganzbedeutend sinkt, wenn die Bewegung von einem anderen ausgeführt wird. Dergleichen habe ich oft constatirt.

Die Schlusssätze, welche ich glaube aus diesen Untersuchungen ziehen zu können, sind:

1) Die Pulsfrequenz fällt immer nach einer (rationellen) Tagesbehandlung.

2) Die Pulsfrequenz nimmt unter einer Behandlung von längerer Dauer allmählich ab, und zwar zu Beginn der Behandlung am raschesten; beim Abbrechen der Behandlung nimmt sie wieder zu, um bei Wiederaufnahme derselben, sofort wieder zu fallen.

3) Von den einzelnen Bewegungen haben sich folgende, in der angeführten Reihenfolge als, den Puls am meisten herabsetzende erwiesen: Herzerschütterung (Durchschnittszahl von 600 Beobachtungen) verlangsamt um 8—12 Schläge in der Minute, Magenknetung (140 Beobachtungen) 8—10 in der Minute; Rückennervendrückung (200 Beobachtungen) 7 in der Minute u. s. w. Man muss bemerken, dass verschiedene Bewegungen auch verschieden lang andauernde Wirkungen haben, und habe ich gefunden, dass die Herzerschütterung in dieser Hinsicht die unvergleichlich kräftigste Wirkung hat.

«Von den anderen objectiven Symptomen, die eine Besserung erfuhren, mögen genannt sein: Cyanose, die in der Regel bald verschwindet; Ecchymosen, die zeitweilig auftreten, verschwinden nach kurzer Behandlungszeit und zeigen sich nicht mehr wieder; Oedem verschwindet schnell, oft nach einigen Tagen; was die Blasegeräusche selbst anbetrifft, so erfahren sie im Allgemeinen keine Veränderung in Stärke und Art und kommt es nur ausnahmsweise vor, dass sie nach jahrelanger, fortgesetzter Behandlung leiser werden. Natürlich muss man sich vor Verwechselungen mit den sog. accidentellen oder anämischen Geräuschen hüten. Diese letztern pflegen oft ihren Character zu ändern und oft vollständig zu verschwinden».

«Dass die subjectiven Symptome, wie Herzklopfen, Atemnoth u. a. m. mehr oder weniger schnell sich mindern oder vollständig schwinden, ist eine Erfahrung die von allen Gymnasten constatirt ist».

[5]) Bewegungen an Zander'schen Maschinen.

Carminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweissarten.

Von
Prof. Th. J. Bogomolow*) und seinem Assistenten Priv.-Doc. N. J. Wassilieff.
(Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium der Kaiserlichen Universität in Charkow.)

Indem einer von uns (Prof. Bogomolow) das Verhältniss einzelner Eiweissarten zu verschiedenen Farbstoffen studirte, bemerkte er unter anderem, dass reine Carminsäure ($C_{17}H_{18}O_{10}$) auf verschiedene Eiweissarten verschieden einwirkt. Die auf diese Weise constatirte Thatsache stand ganz vereinzelt da und wurde einstweilen nicht einer näheren, ausführlichen Untersuchung unterworfen. Es stellte sich aber heraus, dass 1) wässerige saure Carminsäurelösungen, schon an und für sich in dicken Schichten von roth-oranger und in dünnen von gelb-oranger Farbe, einen Absorptionsstreifen im grünen Theil des Spectrums zwischen D und E zeigen; 2) neutrale Carminsäurelösungen, von rosa-rother Farbe mit kirsch-rother Nüance, drei Absorptionsstreifen zeigen; 3) alkalische Carminsäurelösungen, von blauvioletter Farbe, zwei Absorptionsstreifen zwischen D und E zeigen. Kurz, die Farbe der Carminsäurelösungen verändert sich je nachdem diese mit alkalischen oder neutralen Substanzen in Berührung kommen. Diese Eigenschaft musste wahrscheinlich die Thatsache erklären, dass bei Einwirkung der Carminsäurelösungen auf Eiweisslösungen oder auf Eiweisskörper in amorphem Zustande die Farbentöne der Carminsäurelösungen in Zusammenhang mit der Reaction der Eiweissstoffe sich veränderten. Was aber die Eiweisskörper anbetrifft, so können dieselben dem Farbenton der Carminsäurelösung gegenüber sich indifferent verhalten; sie können aber denselben auch verändern, wobei sie sich selber färben, indem sie den veränderten Farbenton der Carminsäurelösung annehmen.

Bei Einwirkung wässeriger Carminsäurelösungen auf Albumin, Globulin oder Pepton, veränderte die Carminsäurelösung die ihr eigenthümliche gelb-orange Farbe nicht; sie färbte aber die Eiweisskörper, die dabei den Carminsäurelösungen eigenthümlichen Farbenton annahmen. So nahm z. B. das Globulin, einige Tage in Berührung mit wässerigen Carminsäurelösungen bleibend, nur einen rosa-rothen Farbenton an. Das Albumin nahm die Farbe der Carminsäurelösung an. Frisch bereitetes und trockenes Fibrin nahm in Berührung mit wässerigen Carminsäurelösungen eine scharf kirsch-roth-violette Farbe an. Wie es sich nachher erwies, verhielt sich dasselbe Fibrin etwas anders zur Biuretreaction. Der Farbenton dieser Probe nimmt eine

*) Bekanntlich ist Prof. Bogomolow vor Kurzem einem Schlaganfall erlegen. Die nachstehende Mittheilung ist seine letzte Arbeit.

scharf dunkelblau-violette Nüance an, nicht aber die dieser Probe auf Pepton eigenthümliche rosa Farbe.

Weitere Untersuchungen zeigten, dass das Verhältniss zur Carminsäure seitens der Albumosen ein ganz besonderes ist.

Indem wir als eine Albumose das Pepton von Witte wählten, nahmen wir aus diesem Standpunkte die Untersuchung dieser Peptonart vor, die als ein Gemisch verschiedener Albumosenarten betrachtet wird.

Wir lösten das Pepton von Witte in Wasser, sonderten mittelst Filtration den in Wasser löslichen vom unlöslichen Theile ab (Protalbumose und Deuteroalbumose) (Heteroalbumose und Dysalbumose) und untersuchten das klare Filtrat und den auf dem Filter gebliebenen unlöslichen Niederschlag.

Indem wir das klare wässerige Filtrat mit einer concentrirten wässerigen Carminsäurelösung behandelten, erhielten wir eine starke Trübung, die in der Kälte eine schwarze Farbe annahm und beim Kochen schwarze Flocken bildete. Nachdem die Flüssigkeit, in welcher diese Flocken herumschwammen, abfiltrirt wurde, wurde sie klar und zeigte rosa-kirschrothe Farbe. Der auf dem Filter gebliebene schwarze Niederschlag wurde mit Wasser ausgewaschen und dieses Waschwasser zeigte eine rosa-kirschrothe Farbe, dagegen behielt der Niederschlag seine schwarze Farbe wie zuvor. Bei Zutritt von Licht und Luft geht die schwarze Farbe des Niederschlages in eine grünlichschwarze über. Dieser Farbenübergang wird aber nur bei feuchtem Niederschlage beobachtet. Das Verhältniss des schwarzen Niederschlages, Säuren und Alkalien gegenüber ist verschieden. Bei Zusatz von Essigsäure schwindet sofort der Niederschlag, indem er der Essigsäure die Farbe der sauren Carminsäurelösung mittheilt, die der Carminsäure eigenthümlich ist. — Bei Zusatz von kohlensaurem Natron geht die schwarze Farbe des Niederschlages in eine dunkelblau-violette über und die Flüssigkeit nimmt dieselbe Farbe an.

Der auf dem Filter gebliebene, in Wasser unlösliche Theil des Peptons von Witte wurde solange mit Wasser ausgewaschen, bis das Waschwasser keine Reaction auf Eiweiss mehr zeigte. (Es zeigte keine Trübung weder auf Zusatz von Trichloressigsäure, noch auf Zusatz des Tomret'schen Reagens). Dann wurde eine Carminsäurelösung hinzugesetzt. Und diese Carminsäurelösung änderte ihre Farbe nicht, nahm keine schwarze Farbe an und löste sich nicht. Unter Einwirkung dieses Niederschlages änderte die Farbe der Biuretreaction ebenfalls nicht.

Nachdem alle obenangeführten Proben mit dem Pepton von Witte ausgeführt wurden, blieb nun übrig die Frage zu entscheiden, welche Eiweisskörper durch Carminsäurelösungen schwarz gefärbt werden.

Um dies festzustellen gingen wir folgender Weise vor:

Wir zerrieben käufliches Pepton von Witte mit Wasser, filtrirten und sonderten somit den löslichen vom unlöslichen Theile ab.

Zum klaren Filtrat wurde Kochsalz hinzugefügt, selbstverständlich in einer gesättigten Kochsalzlösung; sofort bildete sich ein harzartiger Niederschlag. Beim Abfiltriren des ausgeschiedenen Niederschlages blieb auf dem Filter ein harzähnlicher Niederschlag von Protalbumose; im klaren Filtrat war eine Lösung von Deuteroalbumose.

A. Das klare, Deuteroalbumose enthaltende Filtrat zeigt auf Zusatz von Carminsäurelösung einen reichlichen Niederschlag, welcher in der Kälte und noch stärker beim Kochen eine schwarze Farbe annimmt. Dieser auf dem Filter gesammelte schwarze Niederschlag wurde mit Wasser ausgewaschen. Das Waschwasser nahm eine kirschrothe Farbe an; der Niederschlag selbst behält seine schwarze Farbe bei.

Auf Zusatz von Trichloressigsäure scheidet sich im Filtrat ein reichlicher Niederschlag aus, welcher sich weder im Ueberschuss der Trichloressigsäure, noch beim Kochen auflöst. Bei Zusatz von Salicylsulfonsäure bildet sich eine starke Trübung, welche beim Kochen nicht schwindet; dagegen löst sie sich im Ueberschuss dieser Säure auf. Bei Zusatz von Salpetersäure bildet sich ein weisser Niederschlag, welcher beim Kochen schwindet. Dabei färbt sich aber die Flüssigkeit gelb; der beim Kochen verschwundene Niederschlag scheidet sich beim Erkalten auf's neue aus.

Bei Zusatz von Phosphormolybdänsäure bildet sich eine reichliche Trübung, welche beim Kochen theilweise coagulirt, theilweise sich auflöst, beim Erkalten aber wieder ausfällt.

Die Biuretreaction zeigt eine Gentiana-violettfärbung.

Bei Zusatz von Essigsäure bildet sich eine starke Trübung, die fast ganz beim Kochen verschwindet und beim Erkalten wieder auftritt.

Bei Zusatz von schwefelsaurem Ammonium und schwefelsaurem Zink bildet sich eine reichliche Trübung.

B. Der auf dem Filter gesammelte Niederschlag — Protalbumose — ist leicht in Wasser löslich; diese Lösung trübt sich beim Kochen nicht und bleibt unverändert bei Zusatz von Essigsäure.

Die klare wässerige Lösung von Protalbumose trübt sich stark bei Zusatz von Carminsäurelösung; die Trübung verschwindet beim Kochen vollständig und tritt beim Erkalten wieder auf. Bei allen diesen Erscheinungen verändert die Carminsäurelösung ihre Farbe nicht. Sobald aber zu einem Gemisch von Protalbumoselösung und Carminsäurelösung eine wässerige Deuteroalbumoselösung hinzugefügt wird, fällt sofort ein schwarzer Niederschlag aus. Bei Zusatz von Salpetersäure bildet sich weder eine Trübung, noch ein Niederschlag; die Flüssigkeit nimmt in der Kälte eine gelbe Farbe an. Bei Zusatz von Ferrocyankalium und Essigsäure bildet sich eine Trübung, die beim Kochen verschwindet und beim Erkalten wieder auftritt. Schwefelsaures Ammonium giebt eine reichliche Trübung; bei Zusatz von schwefelsaurem Zink fällt ein flockiger Niederschlag aus, der im Ueberschuss dieses Reagens unlöslich bleibt Bei Zusatz von Trichloressigsäure bildet sich ein weisser Niederschlag, unlöslich im Ueberschuss dieser Säure. (Nach Martin geben die Hetero- und Deuteroalbumosen einen beim Kochen sich lösenden Niederschlag, aber Pepton wird nicht gefällt, was dem Befunde anderer Autoren widerspricht). Bei Zusatz von Salicylsulfonsäure bildet sich eine Trübung, die im Ueberschuss dieser Säure schwindet. Bei Zusatz von Phosphormolybdänsäure und Resorcin fällt ebenfalls eine Trübung aus, die beim Kochen theilweise coagulirt, theilweise sich löst und beim Erkalten wieder auftritt. Bei der Biuretreaction ist die Farbe dunkelblauviolett.

Der beim Zerreiben des Peptons von Witte mit Kochsalz sich bildende Niederschlag, welcher in einer halbgesättigten Kochsalzlösung gelöst wurde, verändert sich beim Kochen nicht. Bei Zusatz von Essigsäure in der Kälte bildet sich eine Trübung, die beim Kochen ungelöst bleibt. Bei Zusatz von Salpetersäure in der Kälte fällt ein reichlicher weisser Niederschlag aus, der beim Kochen eine gelbe Farbe annimmt und coagulirt. Beim Erkalten nimmt das Coagulum eine orange Farbe an.

Bei Zusatz zu dieser Lösung einer concentrirten wässerigen Carminsäurelösung bil-

det sich eine reichliche Trübung, die sich in der Kälte nicht schwärzt, beim Kochen sich aber auflöst.

Die wässerige Lösung des Niederschlages und der in der wässerigen Lösung durch die Carminsäure hervorgerufene und auf dem Filter gesammelte Niederschlag löst sich fast völlig in Wasser auf, welches die Farbe der Carminsäure annimmt.

Das Resorcin bildet eine reichliche unlösliche Trübung; das schwefelsaure Ammonium bildet einen reichlichen flockigen Niederschlag, unlöslich im Ueberschuss dieses Reagens. Bei Zusatz von Trichloressigsäure fällt ein reichlicher Niederschlag aus, der sich zum Theil beim Kochen löst.

Bei Zusatz von Salicylsulfonsäure bildet sich ein reichlicher flockiger Niederschlag, unlöslich im Ueberschuss dieses Reagens, und vollständig löslich beim Erhitzen. Bei Zusatz von Phosphormolybdänsäure fällt ein flockiger Niederschlag aus, unlöslich beim Kochen. Die Biuretreaction zeigt eine dunkelblauviolette Färbung.

Das käufliche Pepton von Witte, nach dem Devotoschen Verfahren behandelt (durch schwefelsaures Ammonium), zeigt einen Niederschlag. Wenn dieser abfiltrirt wird, bekommt man ein Filtrat, welches mit einer wässerigen Carminsäurelösung eine Trübung von rothvioletter Färbung bildet. Der dabei gesammelte Niederschlag nimmt eine schwarze Färbung an.

Einerseits können wir also der Behauptung beistimmen, dass es 1) zugleich mit Albumosen, die in Wasser völlig löslich sind, auch Albumosen giebt, die in Wasser unlöslich bleiben: 2) dass zu den ersteren die Prot- und Deuteroalbumosen und zu den zweiten die Hetero und Dysalbumosen gehören; 3) dass aus den löslichen Albumosen — die Protalbumose durch Sättigung der wässerigen Lösungen des Peptons von Witte mit Kochsalz ausfällt und in der Lösung bleibt die Deuteroalbumose.

Andererseitc konnten wir auf Grund unserer Untersuchungen uns ausserdem davon überzeugen, dass es nur die Deuteroalbumosen sind, welche die orangerothe Nüance der Carminsäurelösungen in schwarz verändern. Die Protalbumose besitzt diese Eigenschaft nicht, sie ruft nur eine etwas dunklere Färbung der Lösung hervor. Ausserdem konnten wir uns noch davon überzeugen, dass die Deuteroalbumoselösungen wie die Protalbumoselösungen durch Carminsäure gefällt werden. Der aber in der Protalbumoselösung durch die Carminsäurelösung hervorgerufene Niederschlag löst sich beim Kochen auf. Der Niederschlag aber, welcher sich bei den gleichen Bedingungen in der Deuteroalbumoselösung bildet, bleibt beim Kochen ungelöst. Die in Wasser unlöslichen Albumosen verursachen eine roth-violette Färbung der Carminsäurelösung.

Die Carminsäure — eine schwache zweibasische Säure — ist ein sehr empfindliches Reagens zur Entdeckung von Eiweissspuren in Lösungen. Schon 1 auf 90,000 oder 0,01‰ Hühnereiweiss oder Harneiweiss in Lösung werden durch die Carminsäure entdeckt.

Der Niederschlag, welcher in der wässerigen Carminsäurelösung durch eine Kupfersulfatlösung gebildet wird, ist von characteristischer violetter Färbung und diese Färbung verändert sich nicht bei Zusatz weder von Albumin, noch von Globulin, noch von Eiereiweiss. Dagegen nimmt der Niederschlag sofort eine dunkelrothe (ponceau) Färbung an, wenn man etwas durch Wasser feucht gemachtes Pepton von Witte hinzusetzt.

Wir kommen also zu folgendem Schlusse: Einerseits ist die Carminsäure im allgemeinen als gutes Reagensmittel zur Entdeckung von Eiweiss zu bezeichnen, andererseits dient sie als differentielles Reagens bei Untersuchungen auf Albumose und Pepton.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. A. Eulenburg und Prof. Dr. Samuel. Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Drei Bände von je etwa 40 Druckbogen Lexicon Octav. Mit Illustrationen in Holzschn. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg 1897. 1. u. 2. Lieferung.

Wir haben in den letzten Jahren in unserer Wochenschrift mehrere umfangreiche Werke über specielle Therapie besprochen und deren Werth beleuchtet. Es scheint uns nun, dass dem vorstehend angekündigten Werke, von dem übrigens erst 2 Lieferungen erschienen sind, zum Mindestens gleiche Berechtigung einzuräumen sei, und sollte das vollendete Werk wirklich Alles enthalten, was die geschätzte Redaction in dem Vorworte verspricht, so können wir demselben schon im Voraus ein sehr günstiges Prognosticum stellen. In unserer Zeit, wo fortwährend neue Heilmethoden und Medicamente auftauchen, die einen gepriesen, die andern wieder verworfen werden, muss der praktische Arzt sich durchaus an festen Principien halten, die von einer kritiklosen, schablonenhaften Anwendung oft ganz ohne Grund gerühmter Mittel schützen. Diese Heilgrundsätze dem Mediciner in leicht fasslicher Form an die Hand zu geben, bezwecken die Herausgeber dieses Werkes. Es erscheint in 3 Bänden mit folgendem Inhalte: Band 1. Die therapeutischen Aufgaben und Ziele; Band 2. Allgemeine Heilmittellehre; Band 3. Allgemeine Histo- und Organotherapie. Die einzelnen Abschnitte der 3 Bände werden von hervorragenden Vertretern der verschiedenen Wissenszweige Bearbeitung finden, und werden wir nicht verfehlen beim Erscheinen derselben unsere Leser mit dem Inhalte bekannt zu machen. In den vorliegenden 2 Lieferungen finden wir zunächst, als Einleitung, die Geschichte der Therapie von ihren ersten Anfängen bis zur heutigen Zeit abgehandelt; in fesselnder Weise schildert Prof. Samuel die verschiedenen Ansichten der medicinischen Schulen und entwirft ein sehr klares Bild über die allmählichen Fortschritte der Therapie. Es folgt dann ein Kapitel: «allgemeine Therapie als Lehre von der Verhütung und Heilung der Krankheiten, worin Verfasser die Aufgaben, Ziele und Ausdehnung der allgemeinen Therapie präcisirt. Der nächste Abschnitt ist der Fernhaltung der Krankheitsursachen gewidmet. Grundbedingung für die Erreichung dieses Zweckes ist sowohl «die Erfüllung der allgemeinen Lebensbedürfnisse» (Gaswechsel, Erhaltung der Eigenwärme, Nahrungsaufnahme, Excretausgabe etc.) als auch derjenigen «die durch die Verschiedenheit der Menschen nach Alter, Geschlecht und Constitution hervorgebracht sind». In kurzen, höchst interessant gehaltenen Zügen schildert Prof. Samuel alle hier in Betracht kommenden Verhältnisse und geht alsdann auf das eigentliche Thema des Werkes über, auf «die Zerstörung der Gifte und Krankheitsstoffe ausserhalb des Organismus». Die Festsetzung dieses Capitels soll die 3. Lieferung bringen. Wenn es eigentlich noch zu früh scheinen sollte, auf die ersten 2 Lieferungen hin, ein entscheidendes Urtheil über den Werth des Werkes zu fällen, so können wir doch mit gutem Gewissen behaupten, dass der Anfang ein ausgezeichneter ist und das Beste erwarten lässt. Die rührige Verlagsbuchhandlung hat für die äussere Ausstattung zur Genüge gesorgt. Abelmann.

Paul Reichel: Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1897.

Ein ganz vorzügliches Buch, dessen Lectüre allen jüngeren Chirurgen und denjenigen Aerzten, die nicht Gelegenheit haben in stetiger vielseitiger chirurgischer Thätigkeit selbst ausreichende praktische Erfahrungen zu erwerben, dringend empfohlen werden muss. Die Competenz des bekannten Verfassers, ein derartiges Lehrbuch zu schreiben steht nach seinen früheren Arbeiten ausser Zweifel; in dem vorliegenden Buch wird sie aufs Neue bewiesen. Auf Schritt und Tritt begegnen einem Ansichten und Rathschläge, die nur in eigener klinischer Thätigkeit, nie und nimmer durch theoretische oder Laboratoriumstudien erworben werden. Uebrigens ist Reichel bekanntlich auch auf dem Gebiet der theoretischen und experimentellen chirurgischen Pathologie in ungewöhnlichem Maasse bewandert und daher mehr als Andere befähigt, Theo-

rie und Praxis mit einander in Einklang zu bringen. Besonders hervorheben möchte Ref. die Warnung R.'s vor unnützer Polypragmasie — eine Warnung, die besonders von jungen Chirurgen beherzigt werden sollte Im Allgemeinen dürfte der Satz zu Recht bestehen, dass die chirurgische Nachbehandlung um so weniger activ zu sein braucht, je vollkommener der chirurgische Eingriff gewesen ist. Ist bei diesem nichts versäumt oder versehen worden, so schadet der Uebereifer in der Nachbehandlung viel mehr als er nützt.

Einzelne kleine Ausstellungen seien dem Ref. gestattet. Pag. 32 sind die Verbände bei inficirten Wunden doch wohl zu häufig angegeben. Abscesse, Phlegmonen etc. vertragen meist sehr gut Dauerverbände, die namentlich im Aufang mit Vortheil bis zur Granulationsbildung, also ca. eine Woche, liegen gelassen werden. Salbenverbände 3—4 Tage liegen zu lassen (pag. 38) hat doch sein Missliches. 1—2% Carbollösungen zu feuchten Umschlägen zu benutzen ist gewiss nicht empfehlenswerth wegen der heftigen Reizwirkung Die Mortalität der Radicaloperation bei Hernien mit 5% und bei Herniotomie wegen Brucheinklemmung mit 30% (p. 295) ist nach des Verf. Erfahrung entschieden zu hoch angegeben.

Im Uebrigen ist das Werk lebendig und gut geschrieben und vorzüglich ausgestattet. Ref. empfiehlt seine Anschaffung dringend. W a n a c h.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

S i t z u n g 2. O c t o b e r 1896.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr K e s s l e r einen Tumor, der durch Ovariotomie gewonnen wurde und sich als Ovarialfibrom auswies. Der Tumor wies einen kleinen cystischen Theil auf, während die grosse Masse desselben mit Haemorrhagien durchsetzt war. Der Stiel war drei Mal um 180° gedreht.

Herr Dr. Z o e g e legt auf Veranlassung des Herrn Prof. K o b e r t der Gesellschaft Exemplare des «Janus» vor, um zum Abonnement wie zur Mitarbeiterschaft anzuregen.

Herr Dr. H o l s t hält seinen angekündigten Vortrag über Eklampsie.

Vortragender leitet sein Referat damit ein, dass er über das Wesen und die Symptomatologie der Eklampsie spricht um daraut die Reihe der Hypothesen von Hamilton an 1810 bis 1896 durchzugehen. Er schildert die sich allmählich stets klarer und deutlicher entwickelnden Fortschritte auf Grund von Forschungen In- und Ausländischer Autoritäten und erklärt wie sich, aus der Annahme älterer Forscher (Bayer 1840) in der Eklampsie nur eine reine Nierenerkrankung sehn zu können, — allmählich die bacilläre Theorie (durch G e r d e s, B l a n k und andere) entwickelte, wie diese Forschungen wieder durch gründliche Serum- und Harnuntersuchungen von D ö d e r l e i n, C h a m b r e l a n t und K u n n s ins Schwanken gebracht wurden, und wie wir endlich bis heute noch nicht den richtigen Schlüssel zur Erklärung des Krankheitscomplexes der Eklampsie gefunden hätten. — In Bezug auf die pathol. Anatomie wurde von I n g e r s l e w, F e n s t e l, W i n k e l und anderen nachgewiesen, dass der Eiweissgehalt des Urins Eklamptischer ebenso wie alle Formen der Nierenerkrankung kein constanter Befund war, ebenso ergab die Hirnsection und Lebersection sehr verschiedene oft negative Resultate. —

Was das Auftreten der Eklampsie überhaupt betrifft, so wird dasselbe zwischen 1:200 bis 1:500 geschätzt. Dabei zeigen Primiparae eine grössere Disposition als Pluriparae, wenn auch die Prognose für die Primiparae günstiger ausfällt. Haben wir Dank der heutigen Therapie nur noch 7 bis 10% Todesfälle unter den Müttern zu beklagen, so erhält sich die Mortalitätsziffer der Kinder doch noch auf 77%.

Mit der Venaesection als mit wohl der ältesten Methode beginnend geht Vortragender alle therapeutischen vorgeschlagenen Massnahmen bis zum Kaiserschnitt durch. Die schon früh angewandten feuchten Einpackungen wurden später zu stärkerer Anregung reichlicher Ausscheidung mit innerlicher Darreichung von Pilocarpin combinirt. Das Pilocarpin erwies sich aber nur für einzelne Fälle zulässig, während das Amylnitrit als Gefässerweiterndes Mittel fast immer versagte. Erst die Narcotica und Anaesthetica brachten die ersten durchgreifenden Erfolge Bromkali, Chloralhydrat, Morphium und Chloroform einzeln oder combinirt wurden fleissig angewandt. Das Morphium wurde sogar von G. V e i t bis 0,2 in 4—7 Stunden injicirt.

Das Veratrum viride und Nitroglycerin können ihrer unbeständigen Wirkung wegen übergangen werden. In letzter Zeit wird viel auf schnelle künstliche Geburtsbeendigung hingewiesen. Bei mechanicher Behinderung, bedingt durch zu geringe Erweiterung des Muttermundes empfiehlt D ü h r s s e n tiefe Cervixincisionen wenn nöthig sogar Scheiden und Scheidendammincisionen mit folgendem Accouchement forcé. Der Kaiserschnitt sei ein sehr energischer und häufig erfolgreicher Versuch zur Rettung der Frau, wo andere Mittel im Stiche liessen, jedoch meint Vortragender, dass der Kaiserschnitt ebenso wie die D u z é s s e n'schen Incisionen nur Anstaltspfleglingen zu Gute kommen dürften; die therapeutischen Massnahmen des practischen Arztes müssten sich nach wie vor hauptsächlich auf den Gebrauch der Anaesthetica und Narcotica beschränken.

Herr Dr. K o l l m a n n referirt über seine Erfahrungen über Eklampsie und über seine Untersuchungen betreffend die Veränderungen der Blutbestandtheile bei Eklampsie.

Die Einweihungsfeier im Deutschen Alexander-Hospital in Gegenwart Ihrer Majestäten des Kaisers Wilhelm II. und der Kaiserin Auguste Victoria.

am 27. Juli (8. August) 1897.

Am Sonntag den 27. Juli wurde im Deutschen Alexander-Hospital für Männer in Gegenwart d e s D e u t s c h e n K a i s e r p a a r e s sowie S. K. H. d e s G r o s s f ü r s t e n M i c h a i l N i k o l a j e w i t s c h, des Hohen Protectors des Hospitals, der auf den Namen I h r e r M a j e s t ä t u n s e r e r K a i s e r i n A l e x a n d r a F e o d o r o w n a gestiftete neue A l e x a n d r a b a u festlich eingeweiht. Es war eine denkwürdige, für Alle Betheiligten unvergessliche Feier. Da die meisten unserer Tagesblätter bereits ausführliche Berichte darüber gebracht haben, dürfen wir uns hier auf eine kurze Wiedergabe der Hauptmomente dieses hochfestlichen Weiheactes beschränken.

Die stattliche, durch den Alexandrabau abgeschlossene Front des Alexander-Hospitals prangte am Morgen des Festtages im Schmucke deutscher und russischer Flaggen und frischer Laubgewinde, während vor demselben in Erwartung der Hohen Gäste eine unabsehbare Menschenmenge die ganze festlich geschmückte Strasse füllte. Im schönen Garten des Hospitals, an der innern Seite des von Architecten H i m p e l errichteten Neubaues waren die Vorbereitungen für die Feier getroffen. Auf der mit schwarz-weiss-rothem Fahnenstoff drapirten, mit dem Deutschen Reichswappen gekrönten Veranda waren die Ehrenplätze für die Hohen Gäste und ihr Gefolge, sowie für die zahlreichen Ehrengäste bereitet. Gegenüber der Veranda standen ein improvisirter Altar und ein Zelt für die Orgel. In der Mitte des Gartens erhob sich die allegorische Statue der «Rossija», während im Hintergrunde auf der angrenzenden Brandmauer, von Fahnen umgeben, ebenfalls der Deutsche Reichsadler prangte.

In der elften Vormittagsstunde begann die grosse und illustre Festversammlung einzutreffen. Im Hauptsaale des Alexandrabaues versammelten sich die zahlreich geladenen hohen Würdenträger, Vertreter der Stadt, der Administration, der deutschen Colonie. sowie vieler Anstalten und Vereine, während draussen im Garten und auf einer geschmückten Tribüne die übrige Festgesellschaft: die Mitglieder des Curatoriums und die Aerzte mit ihren Damen, die Sänger der Liedertafel und des evangel. Jünglingsvereins, viele Freunde und Gönner des Hospitals sowie Vertreter der Presse sich gruppirten. Auf einer Seitenveranda hatten das Pflegepersonal und diejenigen Kranken, die das Bett verlassen durften, Aufstellung genommen. Die Versammlung gewährte einen prächtigen, wahrhaft festlichen Anblick; die glänzenden Uniformen und Orden des Militairs und der Civilchargen und die lichten Sommertoiletten der Damen vereinigten sich mit dem Blumenflor des Gartens zu einem harmonischen farbenreichen Gesammtbilde.

Um ³/₄11 Uhr begann der Weihegottesdienst nach griechisch-orthodoxem Ritus, um ½12 Uhr traf S. K. H. d e r G r o s s f ü r s t M i c h a e l N i k o l a j e w i t s c h ein, von der Geistlichkeit empfangen mit dem Gesang «Mnogija ljeta». Bald darauf verkündete brausender Jubel der die angrenzenden Strassen füllenden Volksmenge d a s N a h e n d e s D e u t s c h e n K a i s e r p a a r e s. Am Eingange von S. K. H. dem G r o s s f ü r s t e n, dem bayerischen Gesandten B a r o n G a s s e r, dem Director und dem Curatorium empfangen, betraten Ihre Majestäten das Hospital, gefolgt vom Reichskanzler F ü r s t e n H o h e n l o h e, dem Staatssecretair v. B ü l o w, dem Botschafter F ü r s t e n R a d o l i n und anderen hochgestellten Herren mit ihren Damen. Bei ihrem Eintritt wurde Ihrer Majestät von der Oberin des Hospitals Frl. E l i s e M o r i t z ein Rosenstrauss überreicht. Dann schritten die Hohen Herrschaften, von der Geistlichkeit mit erneutem Gesange begrüsst, durch den Hauptsaal auf die Veranda, auf

die für sie bestimmten Plätze. Der Männerchor der Liedertafel, unter Prof. Czerny's Leitung stimmte das Beethoven'sche «Die Himmel rühmen des Ewigen Ehre» an Nachdem dann die ganze Versammlung einen Choral gesungen, trat Pastor Findeisen vor den Altar und hielt die Festpredigt über I Petri 4, 10; den Gottesdienst schloss wiederum Choralgesang, worauf die Liedertafel das «niederländische Lied»: «Wir treten zum Beten» vortrug. Danach trat der Director Dr. Moritz vor und gab in kurzer Rede, nachdem er den Hohen Gästen für ihre Theilnahme am Feste gedankt, einen Ueberblick über die Entwickelung und die bisherige Thätigkeit des Hospitals. Wir verzichten hier auf ein Referat der Rede, welche im genauen Wortlaut unsern hiesigen Lesern bereits in unseren deutschen Tagesblättern vorgelegen hat. Nach dem Festacte geruhten Ihre Majestäten sich viele von den Anwesenden vorstellen zu lassen, so die Herren vom Curatorium einige Vertreter unserer ärztlichen Welt und viele andere um das Hospital und um die heutige Feier verdiente Herren. Alle Vorgestellten wurden von Seiner Majestät durch Händedruck und leutselige Worte beglückt. Hierauf geruhten Ihre Majestäten, geführt von S. K. H. dem Grossfürsten und begleitet vom Director und der Oberin, sowohl den neuen Alexandrabau wie auch die übrigen Räume des Hospitals zu besichtigen, wobei sie ihr lebhaftes Interesse für Hospitalfragen äusserten und die bettlägerigen Kranken durch huldvolle Worte erfreuten. Nachdem dann noch Seine Majestät der Kaiser und Ihre Majestät die Kaiserin ihre Namen in ein ihnen dargebrachtes Buch eingetragen hatten, verliessen die Hohen Gäste unter erneutem Jubel des draussen harrenden Volkes das Hospital.

Wir wollen diesen kurzen Bericht nicht schliessen, ohne dem Deutschen Alexander-Hospital zu diesem hohen Ehrentage, zu dieser erhebenden Feier von Herzen Glück zu wünschen!

Die allgemeine Festfreude und Begeisterung fand später bei dem vom Curatorium im Locale des «Klubs der deutschen Gesellschaft» veranstalteten Festmahl den lebhaftesten und beredtesten Ausdruck.

Vermischtes.

— Congressnachrichten. Aus vielen russischen Grenz- und Seestädten wird bereits das Eintreffen ausländischer Mitglieder des internat. med. Congresses gemeldet. Als Delegirte der Türkei werden der Leibarzt des Sultans Dshewil Pascha, der seine Studien in Paris, Wien und Berlin gemacht, sowie der Chef des chemischen Laboratoriums am Hofe des Sultans Zatie am Congress theilnehmen. — In Moskau soll am Abend des Eröffnungstages ein Empfang in den Sälen der oberen Handelsreihen mit nachfolgendem Souper stattfinden. Das Moskauer Exercierhaus ist für die verschiedenen Büreaux und für die Versammlungen der Congressmitglieder zur Verfügung gestellt; in demselben wird ein Buffet sich befinden, in dem gegen Zahlung Speisen und Getränke und ein zweites, wo Butterbrode, Thee, Kaffee und Bier unentgeltlich verabfolgt werden. Von den Moskauer Aerzten wird ein Concert unter Betheiligung des philharmonischen Orchesters veranstaltet werden. Zur Vertheilung an die Congressmitglieder sind 5000 Exemplare einer Beschreibung der Moskauer Universitätskliniken und Institute (in französ. Sprache) gedruckt worden. Das Comité zum Empfang der durchreisenden Mitglieder in St. Petersburg hat folgendes Programm aufgestellt: am 16./28. Aug. allgemeiner Empfang in St. Petersburg; am 17./29. Aug. Besuch von Peterhof und Banket in der Duma; am 18./30. Aug. Besuch des Instituts für Experimental-Medicin und Diner seitens der Petersburger Aerzte im Saale der Adelsversammlung. In den meisten grösseren russischen Städten haben sich zum Empfang der durchreisenden Congressmitglieder Comités gebildet, welche die Führung bei der Besichtigung der Merkwürdigkeiten, Wohnungsbesorgung u. s. w. übernehmen werden. —

— Einweihung des «Alexandra-Baues» beim deutschen Alexanderhospital. Zu Anfang dieser Woche ist unser deutsches Alexanderhospital für Männer in eine neue Phase seiner Entwickelung getreten, indem an Stelle des alten Holzhauses jetzt ein imposanter Steinbau vollendet dasteht, der zu Ehren unserer jungen Kaiserin Alexandra Feodorowna den Namen Alexandra-Bau erhalten hat. Die Sammlungen für den «Alexandra-Bau», welcher zum Andenken an die Vermählung Ihrer Kaiserlichen Majestäten errichtet worden ist, wurden im November 1894 eröffnet und so erfolgreich durchgeführt, dass bereits am 27. Juli d. J. das fertige Gebäude in Gegenwart des deutschen Kaisers Wilhelm II., der Kaiserin Auguste Victoria, des Erlauchten Protectors Grossfürsten Michael Nikolajewitsch und einer zahlreichen Versammlung von deutschen Reichsangehörigen, Vertretern der ärztlichen Welt, sowie Gönnern und Freunden des Alexanderhospitals eingeweiht werden konnte. Die Weihe vollzog Pastor Findeisen von der Petri-Kirche, worauf der um das Hospital hochverdiente Director und Mitbegründer desselben Dr. E. Moritz eine Ansprache hielt, in welcher er unter anderem die Entstehung und Entwickelung des Hospitals skizzirte.

Als das zum Andenken an den heimgegangenen Kaiser Alexander II. gegründete Alexanderhospital im Sommer 1884 in einem zu Hospitalzwecken umgebauten älteren Holzhause eröffnet wurde, verfügte dasselbe nur über 25 stationäre Betten und ein kleines Empfangscabinet für ambulatorische Kranke. Das ärztliche Personal bestand aus dem Director und einem Assistenten; für die Ambulenz hatten sich ausserdem 18 namhafte Aerzte verschiedener Specialitäten zu freiwilliger Arbeit willig gefunden. Bereits nach 3 Jahren waren Dank der Munificenz zahlreicher Wohlthäter des Hospitals, die Mittel für die Erweiterung desselben vorhanden und konnte im Herbst 1887 der erste Steinbau eröffnet werden, wodurch die Bettenzahl auf 50 stieg und die Räume für die Ambulanz erweitert wurden. Eine abermalige Erweiterung erfuhr das Hospital durch die Verwendung des zum Gedächtniss an Kaiser Wilhelm I. gesammelte Kapital, mit welchem die Kaiser Wilhelm I. — Abtheilung erbaut und im Februar 1892 eröffnet wurde. Durch den Kaiser Wilhelm-Bau und eine kleine Isolirbaracke war das Hospital auf 75 stationäre Betten angewachsen, die wissenschaftlichen Cabinette waren vergrössert und der Ambulanz standen fünf Ordinationszimmer zur Verfügung. Mit dem eben vollendeten «Alexandra-Bau» ist nun ein baulicher Abschluss erreicht: ein einheitliches steinernes Gebäude beherbergt 3 stationäre Abtheilungen mit im Ganzen 100 Betten, von denen 20 in Separatzimmern, 80 in allgemeinen Krankensälen stehen. Das ärztliche Personal wird von nun an aus dem Director, 2 Primärärzten, 3 Assistenten und einem pathologischen Anatomen bestehen. Die Krankenpflege wird, unter der Leitung der Oberin, durch 7 Pflegeschwestern, 6 Dienerinnen und 11 Diener besorgt werden. Die Zahl der Freibetten hat auch zugenommen: es sind 24 capitalisirte Freibetten und 13 für jährliche Zahlung vorhanden. Das Alexander-Hospital hat jetzt, wie Dr. Moritz sich aussprach, Dimensionen erreicht, die kaum überschritten werden dürfen, wenn der familienhafte Charakter des Hauses, welcher vielleicht sein grösster Vorzug ist, nicht beeinträchtigt werden soll.

Mit unseren besten Wünschen für das Gedeihen dieser musterhaft organisirten Anstalt geben wir zugleich unserer Ueberzeugung Ausdruck, dass die Leitung desselben nach wie vor treu bleiben wird ihrem Grundsatz: eine Heilanstalt zu sein, in welcher die Hülfsmittel medicinischer Wissenschaft und Technik, wie sie nur ein Hospital bieten kann, mit den Vorzügen häuslicher Pflege, wie sie in der Familie geübt wird, sich verbinden.

— Sir J. Lister, Präsident der Royal Society in London, ist von der Wiener Academie der Wissenschaften zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— Die Leipziger Universität hat den Professor Dr. v. Liebermeister anlässlich der Einweihung des neuen Universitätsgebäudes in Leipzig zum Ehrendoctor der medicinischen Facultät ernannt.

— Die Pariser medicinische Academie wählte in ihrer Sitzung am 27. Juli den Wiener Psychiater Prof. Dr. Benedikt mit 45 gegen 10 Stimmen und den Petersburger Psychiater Prof. emer. Dr. Mierzejewski mit 30 gegen 24 Stimmen zu auswärtigen correspondirenden Mitgliedern.

— Zugezählt: Der Director und Oberarzt des hiesigen St. Olga-Hospitals, älterer Arzt des Erziehungs-Instituts für adelige Fräulein und jüngerer Arzt des St. Petersburger Wittwenhauses wirkl. Staatsrath Weidemann — zu Sr. Majestät Eigenen Kanzlei für die Institutionen der Kaiserin Maria, unter Belassung in den bisher von ihm bekleideten Aemtern.

— Verstorben: 1) Der Arzt der Russischen Gesandschaft in Berlin wirkl. Staatsrath Dr. Paul Stern im 56. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Russland, wo er auch im J. 1867 die Arztwürde erlangte. Seit einer Reihe von Jahren fungirte Stern als Gesandschaftsarzt in Berlin. 2) Am 12. Juli in Warschau der dortige Arzt Dr. Zdislaw Nieszkowski im Alter von 57 Jahren. Ursprünglich zum Ingenieur in einer polytechnischen Schule ausgebildet, widmete er sich im J. 1864 dem Studium der Medicin in Paris, wo er auch 1869 das Doctordiplom sich erwarb. Nachdem er die venia practicandi auch in Russland erlangt, liess er sich in Warschau als praktischer Arzt nieder. 3) In Mzensk (Gouv. Orel) der freiprakticirende Arzt W. Kirillow im 61. Lebensjahre. Der Verstorbene war, wie es scheint geistes-

krank, denn nach seinem Tode fand man seine Wohnung angefüllt mit den verschiedensten Sachen (Bücher, Kisten mit vertrockneten Citronen, Lappen), welche er auf allen Auctionen und Ausverkäufen für einen theuren Preis erstanden hatte. 4) In Bukarest der vielbeschäftigte Chirurg Dr. Kremnitz, ein Schwiegersohn und früherer Assistent Prof. Adolf v. Bardeleben's, im 54. Lebensjahre.

— Prof. Löhlein, Director der geburtshülflichen Klinik in Giessen, hat einen Ruf an die Universität Königsberg abgelehnt.

— Der Privatdocent der Augenheilkunde an der Berliner Universität Dr. Paul Silez, bekannt durch seine ophthalmologischen Arbeiten, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Der jüngst verstorbene Medicinalinspector von St. Petersburg Dr. A. Batalin hat ausser dem vom Vater ererbten Gute ein ansehnliches Vermögen hinterlassen, welches da er kein Testament hinterlassen — sein Bruder geerbt hat. Wie jetzt verlautet hat der letztere sich bereit erklärt, 20,000 Rbl. zur Errichtung und zum Unterhalt einer landschaftlichen Gewerbeschule, welche den Namen des verstorbenen Bruders A. Batalin tragen soll, zu spenden.

— In letzterer Zeit haben drei Damen, Metelkin, Katasch und Kowalewski welche das medicinische Doctordiplom in Bern erworben, die Prüfungen zur Erlangung der Doctorwürde an der Helsingforser Universität bestanden.

— Die Odessaer Stadtduma hat beschlossen drei Sanitätsärzte mit einem Jahresgehalt von je 2000 Rbl. für die Stadt Odessa anzustellen.

Bad Wildungen. Georg-Victor-Quelle und Helenenquelle sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmcatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, andererntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Дозв. ценз. Спб. 2 Августа 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XIV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 9. (21.) August **1897**

Ein Fall einseitiger Bradycardie.

Von

Dr. E. Moritz,

(Oberarzt des Deutschen Alexander-Männer-Hospitals in St. Petersburg).

Der Krankheitsfall, den ich im Folgenden mittheile, — hat Anspruch auf Interesse, weil er in besonders klarer Weise Einblick gewährt in gewisse Unregelmässigkeiten der Herzaction und zugleich eine graphische Darstellung des Jugular-Venen-Pulses liefert, wie sie so leicht nicht wieder zu erlangen sein dürfte.

Andrei Smirnow 43 J. alt, Factor in einem kaufmännischen Geschäft (Arteltschik) wurde am 28. September 1895 im Deutschen Alexander-Hospital zu St. Petersburg aufgenommen. Vor 20 Jahren hat er einen Schanker gehabt, der in einigen Wochen unter localer Behandlung heilte; gleichzeitig oder bald danach hat er ein Exanthem am Körper gehabt, das er nicht beachtet hat und das später schwand. Eine Allgemeinbehandlung soll nicht stattgefunden haben. Vor 15 Jahren machte er einen Abdominal-Typhus durch; — Tripper hat er mehrmals gehabt, zuletzt vor 3 Jahren. Sonst ist Pat. angeblich stets gesund gewesen, hat nie stark getrunken. Im März hatte er eine Ohnmacht, als er sich aus gebückter Stellung rasch aufrichtete; seitdem haben sich immer häufiger Ohnmachts-Anwandlungen eingestellt, — immer bei schnellem Erheben aus gebückter Stellung oder aus Horizontallage. Er klagt auch über allgemeine Schwäche, besonders der Beine; in den letzten Wochen hat er ein constantes Druckgefühl unter der Brust, das von den Mahlzeiten unabhängig ist, — Anfälle von Beängstigungen zu verschiedenen Zeiten, — auch in der Nacht erwacht er bisweilen mit solchem Angstgefühl (cardiale Dyspnoe); keinerlei Schmerzen, — insbesondere auch keine stenocardischen.

Pat. ist mittelgross, etwas anämisch, — Lippen blass, — von mittlerem Ernährungszustand. Körpergewicht 66,5 Kilo (162½ Pf. russ.). Das Herz vergrössert, nach links die Mammillarlinie um fast 2 Querfinger überschreitend, nach rechts etwas über den rechten Sternalrand. Der Spitzenstoss ist nicht palpabel, auch keine undulatorische Erschütterung am Thorax wahrnehmbar. Radialpuls klein, unregelmässig, verlangsamt ca. 30. Am Herzen hört man eine grössere Anzahl dumpfer, meist schwacher Töne, sehr unregelmässig, aber keine deutlichen Geräusche. In liegender Stellung starkes Venenschlagen am Halse, besonders rechts. Lungen normal, dehnen sich sehr ergiebig, beim extremen Inspirium wird die Herzdämpfung von ihnen fast ganz verdeckt. Leib ziemlich voll, weich; Leber gross, in der Mammillarlinie die Rippen um 2, in der Parasternallinie um 3—4 Querfinger überragend, nicht druckempfindlich; keine deutliche, eigne Pulsation, nur mitgetheilte schwache Erschütterung; Milz nicht palpabel. Urin klar, enthielt geringe Spuren von Eiweiss, — sonst normal. Stuhl gut, Temperatur normal, schwankt zwischen 36,1—37,0. In der linken Wade findet sich eine kleine druckempfindliche Härte. Nirgend Drüsenschwellungen.

Auf Grund von Anamnese und Status präsens lautete unsere Diagnose: Myocarditis, Herzschwäche, Stauungs-Leber, Hirn-Anämie beim Aufrichten und dadurch Ohnmachts-Anfälle und Augstgefühle, cardiale Dyspnoe. Da nirgends periphere Arteriosclerose zu constatiren war, da kein Gelenk-Rheumatismus, keine Trinkgewohnheit vorangegangen, — wohl aber eine sehr suspecte Genital-Erkrankung, — lag es nahe die Herzkrankheit mit der überstandenen Lues in Zusammenhang zu bringen. Für eine gummöse Myocarditis schien auch der Knoten (Gumma) in der linken Wadenmusculatur zu sprechen.

Es wurde sogleich Jodkalium verordnet, — nebenbei anfangs Strophantus, darauf Digitalis. Da die genannten Herzmittel keine Besserung brachten, gingen wir auf kleine Dosen Chinin mit Campher und 0,001 Strychnin 2 mal tägl. über. Die erste Woche 26 September bis 3 Oktober verging unter diesen therapeutischen Versuchen ohne dass sich das Krankheitsbild änderte. Die Zustände cardialer Dyspnoe, die Zeichen von Hirn-Anämie, der Schwindel bei brüsken Bewegungen dauerten fort; der Puls war unregelmässig, klein, verlangsamt, zwischen 30 und 50 in der Minute wechselnd, am Herzen eine Menge schwacher Töne, in denen ein richtiger Rhythmus nicht constatirt werden konnte, keine Geräusche.

3 October. Beginn einer regulären Schmiercur: 4,0 Ung. ciner. pro die; — in 5 Tagen alle Körper-Regionen successive geschmiert, am 6. Tage Bad, am 7. Sonntags-Pause; am Montag Beginn des 2. Cyklus, nach dessen Beendigung (13. Oktober) wegen Stomatitis eine längere Pause mit häufigeren Bädern gemacht wurde. Gleichzeitig wurde Kali jodat. weiter gebraucht und ausserdem 4 mal täglich 0,06 Natr. nitrosum gegeben.

4. Oktober. Starke Schwindel- und Angst-Anfälle; einmal vollkommen in Ohnmacht gefallen, wobei er sich leichte Excoriationen am Nasenrücken zuzog.

9. Oktober. Pat giebt an, zum ersten Mal eine ruhige Nacht gehabt zu haben. Das subjective Befinden besser.

12. Oktober. Keine Angst- oder Dyspnoe-Anfälle mehr. Dabei ist der Befund am Herzen wenig verändert. Bei aufmerksamem Auscultiren gewinnt man den Eindruck, als ob einzelne Töne näher am Ohr entstehen, die Mehrzahl aber aus der Ferne nur leise herüberschallt; diesen Eindruck hat man besonders deutlich während einer Athempause bei extremer Exspiration (ungleichzeitige Contractionen des linken und rechten Ventrikels, die Töne des linken sind seltener und stärker). Der Schmerz in der Wade ist nur noch bei starkem Druck etwas wahrnehmbar, die kleine Härte fast geschwunden.

14—23. October. Während der Unterbrechung des Schmierens fühlte sich Pat. anfangs recht gut, die Gingivitis besserte sich. Bald stellten sich jedoch die alten Beschwerden wieder ein: etwas Schwindel, Drukgefühl im Epigastrium.

24. Oktober. Wiederbeginn der Schmiercur, die von nun ab derartig fortgesetzt wurde, dass auf 2 Schmier-Tage ein Bade-Tag folgte, so dass in jeder Woche nur 4 Einreibungen von je 4,0 Ung. cin. kamen.

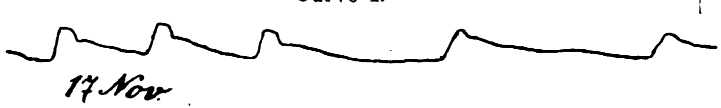
24.—31. Oktober. Das subjective Befinden schlechter. Radialpulse 30—26.

Am 29. Oktober wurde das Jodkalium sistirt. Natr. nitrosum wurde weiter gebraucht, vom 29. Oktober ab mit subcutanen Strychnin-Injectionen von 0,001 (3 mal wöchentlich, an den Tagen ohne Friction) begonnen. Daneben erhielt Pat. noch gelegentlich bei Schwäche-Anwandlungen T. Valerianae aeth.

1.—8. November. Pat. erhält die 17.—20. Einreibung und die 2.—5. Strychnininjection, das subj. Befinden ist jedoch erst am 8. November deutlich besser. Objectiv erscheinen die dem Ohr näher liegenden Töne (des linken Ventrikels) kräftiger. Körpergewicht 61,5 Kilo (150 Pfd.).

9.—24. November. Pat. erhält die 21.—30. Einreibung und 6.—13. Strychnininjection. Das subjective Befinden hielt sich gut, keine Anfälle von Schwindel oder Dyspnoe. Objectiv keine Veränderung, die lauten Töne halten sich auf ca. 26 bis 36 in ungleichem Rhythmus. Das Körpergewicht begann von seinem am 5. Nov. erreichten Minimum von 150 Pfund wieder zu steigen. Eine am 17. November aufgenommene Pulscurve zeigt folgendes Bild:

Curve I.



Manche Schläge erfolgen im Tempo von 26 in der Minute, dann kommen einige doppelt so rasche, dann wieder langsame, doch sind die einzelnen Wellen von gleicher und regelmässiger Structur. Abortiv-Pulse und unregelmässige Zacken fehlen. Will man die langsame Schlagfolge so auffassen, dass jeder 2. Schlag ausfällt, so würde das einen aussetzenden Puls auf nervöser Grundlage darstellen.

25. November—15. December. Fortsetzung der Einreibungen in verlangsamtem Tempo; 31—40 Inunction, durch viele Bäder-Tage unterbrochen, — zugleich Jodkali fortlaufend gebraucht. Die Cur wurde gut vertragen, das Körpergewicht variirte von 154—156 Pfd. Der Befund am Herzen sowie der Puls hielten sich ziemlich unverändert; der letztere variirte von 36—30 Schlägen in der Minute.

16.—31. December. Das Allgemeinbefinden im Ganzen gut, doch bisweilen noch Andeutungen von Schwindel bei längerem Stehen oder bei raschem Aufrichten aus gebückter oder liegender Stellung. Am Halse rechts werden die — Pulsationen des Bulbus jugularis immer stärker ausgesprochen, besonders in liegender Stellung; daselbst werden 76 Pulse gezählt, von denen einige durch grössere Stärke gegen die andern sich auszeichnen; der Venenpuls ist systolisch, doch fallen die stärkeren Schläge nicht genau mit den Carotispulsen zusammen, welche letztere etwa 30 in der Minute betragen. Pat. beginnt am Ergostat mit ganz geringer Belastung je 25 Umdrehungen auszuführen, ohne dass dadurch in der Herzthätigkeit und der Pulsfrequenz eine Aenderung bewirkt wird.

Es macht sich eine langsame schmerzlose Zunahme der Grösse der Leber bemerkbar, auch ist die Milz percutorisch vergrössert, doch kein Ascites zu constatiren.

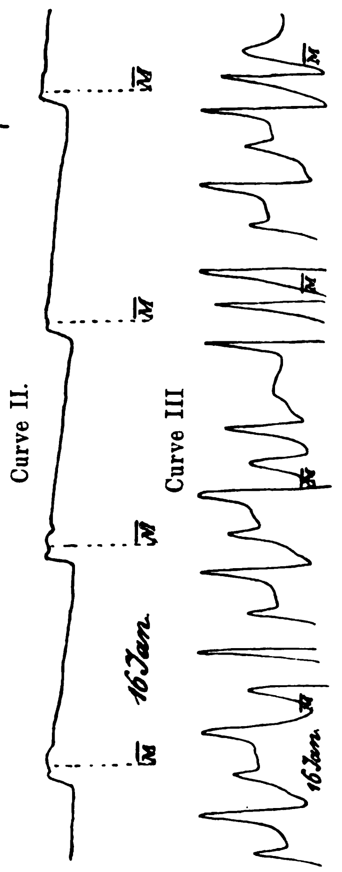
Im Laufe des Januar 1897 gewannen die geschilderten Anomalien der Herzaction eine noch prägnantere sich stets gleichbleibende Gestalt. Das Allgemeinbefinden war im Ganzen ziemlich gut, das Körpergewicht stieg allmählig auf 160 Pfund und darüber; die Vergrösserung der Leber nahm zu, dergleichen der Leibesumfang, doch war immer noch Ascites nicht ganz sicher zu constatiren. Im Laufe des Monats wurden anfangs noch weitere 5 Einreibungen von Ung. ciner. gemacht (im Ganzen 45), die Strychnininjection wieder aufgenommen (3 mal wöchentlich) und vom 21. Januar ab alternirend mit denselben Solutio arsenic. Fowleri (auch 3 mal wöchentlich) à 2—5 Tropfen subcutan injicirt.

Zum genauern Studium der eigenthümlichen Verhältnisse von Radialpuls und Jugular-Venenpuls wurden Mitte Januar einige graphische Aufnahmen mittelst des Dudgeon'schen Sphygmographen gemacht. Zu der Zeit war der Radialpuls recht regelmässig 26—28, der Venenpuls 76—78 (etwa 3 mal frequenter).

Wir hatten am Sphygmographen eine electrische Markirvorrichtung angebracht, die weiter unten im Anhang beschrieben werden soll.

Unser Sphygmograph hat bei vollkommen aufgezognem Uhrwerk einen Lauf von ca. 15 Millimeter in der Secunde; derselbe verlangsamt sich bald auf 13 Millimeter und weniger. Die meisten Curven sind bei dieser letztern Geschwindigkeit (13 Mill. = 1 Sec.) aufgenommen, — Nr. III mit rascherem Lauf gezeichnet, ist bei Anfertigung der zinkographischen Reproduction auf den gleichen Massstab reducirt, so dass auf den II—III überall 1 Mm. = 0,8 Secunden ist. — Nr. IV und V haben den raschern Lauf von ca. 15 Millim., also 1 Millim. = ca. 0,07 Secunden.

Mittelst der erwähnten Markir-Vorrichtung wurde zunächst auf der Radialiscurve der einen Seite der Zeitpunkt markirt, wann der Puls an der Radialis der andern Seite mit dem zufühlenden Finger percipirt wurde.



Zunächst ergab sich Curve II, aus welcher ersichtlich, dass der zufühlende Finger regelmässig etwas verspätete. Die tactile Perception der Welle, deren Bewusstwerden und die Leitung zum drückenden Finger der andern Hand brauchten eine gewisse Zeit, — die auf dem Sphygmogramm 2 Millim. oder (wie sich aus der Messung ergiebt) 0,16 Secunde betrug (gerechnet vom Fusspunkt der Curve). — Nun wurde der Sphygmograph bei Rückenlage des Patienten auf den stark pulsirenden Bulbus der Jugularis aufgesetzt und auf der Venen-Curve mit dem Markir-Stift der Moment des gefühlten Radialpulses markirt. Die hierbei gewonnene Curve III hatte obige Gestalt.

Es zeigt sich, dass das Phlebogramm ungefähr die Gestalt eines Cardiogramms hat, dass eine gewisse Regelmässigkeit in Gestalt und Altitude der einander folgenden Venenwellen besteht.

Der Venenpuls ist wie immer anadicrot, doch ist der Beginn der Ascensionslinie auffallend steil, in - viel höherm Grade als auf den Bildern von Riegel (Venenpuls. Samml. klin. Vortr. № 227 — 1883). Es scheint mir hiernach ganz unmöglich die erste Zacke des Pulsbildes aus der Erschütterung durch den Schluss der Semilunarklappen zu erklären — wie Riegel will, sondern gradezu zwingend sie als Vorhofs-Contraction aufzufassen und damit die ältere Deutung des Phlebogramms, die Riegel widerlegt zu haben glaubt, — wieder her-

zustellen. Besonders deutlich sind die Bilder auf der beistehenden Venen-CurveIV, welche ohne gleichzeitige Radialis-Markirung aufgenommen ist und die so weite Excursionen des Schreibhebels zeigt, dass sie mehrfach nach oben und nach unten über die Breite des Papier-

Curve IV.



streifens hinausgehn. Ein Einfluss der Rückstoss-Elevation der Aortenklappen ist ausgeschlossen bei denjenigen Venenpulsen, die nicht mit der Marke zusammenfallen, wo also der linke Ventrikel sich überhaupt nicht contrahirte. Ob aber die Pulmonal Arterie überhaupt eine Rückstoss-Welle wie die Aorta hat, — ist durch kein Sphygmogramm bewiesen und müsste dieselbe bei den kurzen Distanzen des kleinen Kreislaufs jedenfalls der Ventrikel-Contraction sehr nahe folgen, was nach den Pulsbildern nicht stimmt. Die beiden Gipfel sind 5 Millim. = 0,40 Secunden aus einander. Wenn aber nach Riegel der Rückstoss an den Semilunarklappen eine so hohe Welle in den Bulbus jugularis zurückwürfe, — so müsste der Stoss der Tricuspidalis, der direct den Vorhof trifft, doch eine viel stärkere im Vorhof und Bulbus erzeugen, aber von einer solchen wäre nichts zu sehn und er spricht auch nicht davon. Wenn im Phlebogramm IV der Rückstoss von den Pulmonalklappen her überhaupt erkennbar ist, so kann es nur die kleine Zacke sein, welche sich öfters im Beginn der ersten Ascensionslinie findet. Diese entspricht am besten dem Zeitmoment — folgt der Acme der Ventrikelsystole in 2 Millim. = 0,14 Secunden. (Martius Z. f. kl. M. XIII).

Die Curven III und IV scheinen mir nur folgende Erklärung zuzulassen:

Die einzelne Welle beginnt meist mit leichtem Anstieg, dann folgt eine hohe Zacke = Vorhofs-Contraction und Abfluss eines Theils seines Inhalts in den Ventrikel; — danach folgt ein Sattel mit langsamem Anstieg: = der noch contrahirte Vorhof und der Bulbus füllen sich etwas mit langsam nachströmendem Venenblut; dann kommt die 2. höchste Zacke = Contraction des rechten Ventrikels, die geschlossenen Tricuspidalis-Segel schnellen das Blut des Vorhofs stark in die Vene zurück; danach erst vollkommner Abfall, indem der Ventrikel sich entleert und verkleinert hat und gleichzeitig der Vorhof erschlafft. Das Venenblut stürzt in den freigewordenen Raum. — Die Phlebogramme, welche Riegel von Tricuspidal-Insufficienzen giebt, bestätigen obige Erklärung: da folgt nach den 2 hohen Zacken kein jäher Abfall, sondern ein geringer Anstieg, weil die Entleerung des rechten Ventrikels zum Theil nach dem Vorhof geschieht und dadurch die Wirkung der Erschlaffung des Vorhofs und Verkleinerung des Ventrikels übercompensirt wird.

Wenn wir die Curven III und IV mit Curve II zusammenhalten, gewinnen wir ein Verständniss für die gleichmässig sich wiederholenden Gestaltsdifferenzen der einzelnen Venenwellen.

Die Marke M entspricht ziemlich genau dem höchsten Stand der Radialiswelle, — also der Zeit, wenn der linke Ventrikel ganz leer ist. Die Venenwellen, welche mit der Marke zusammenfallen stehn regelmässig tief = der Druck im Thorax ist am geringsten, die Venen sind sehr leer und schlaff, der Dicrotismus ist am stärksten ausgesprochen — niedrige Grundlinie, hohe Spitze. Dann folgt eine höhere und dann eine noch höhere, aber der 2. ähnlich gestaltete Welle und erst mit dem steilen und tiefen Abfall dieser 3. Welle coincidirt ungefähr die Contraction resp. Verkleinerung des linken Ventrikels. Ausnahmsweise sehn wir auf Curve III die Marke, d. h. den Radialpuls schon nach 2 Venenwellen erfolgen. Auf dieser Curve sehen wir 4 Radialpulse auf 11 Venenpulse, — was bei dem derzeitigen Gang des Uhrwerks 28 Radialpulse und 77 Venenpulse in der Minute ausmachte und der Zählung entsprach.

Wir hatten zu jener Zeit (16. Januar) Gruppen zu 3 Contractionen des rechten Ventrikels auf je 1 des linken; ausnahmsweise waren 2 rechte auf 1 linke. Auf der 8 Tage später gewonnenen Venencurve IV sind die dextracardialen Wellen ausschliesslich zu je 3 gruppirt und man darf wohl aus der Uebereinstimmung der Bilder III und IV schliessen, dass auch hier die Marke (d. h. der Radialpuls) mit der niedrigstehenden spitzdicroten 3. Venenwelle zusammenfällt, resp. ihr vorangeht. Dementsprechend gab es auf 26 Radialiswellen — 78 Bulbuswellen. (Die 3. und 4. Marke dürfte etwas mehr Verspätung als gewöhnlich zeigen aus dem von Martius auf Pag. 335 angegebnen Grunde: «weil der Finger in dem einmal gegebnen Rhythmus mitklopft»).

Wie es möglich ist, dass die linke Kammer sich nicht contrahirt, während die rechte es thut und beide doch eine gemeinsame Muskelpartie, das Septum haben, — ist nicht leicht verständlich. Vielleicht liegt die Sache so, — dass zwar eine mit dem rechten Ventrikel isochrone Muskelcontraction auch links erfolgt, jedoch so schwach, dass sie die geschlossenen unter einem Druck stehenden Aortenklappen (Martius) nicht öffnet, der Puls ausbleibt. Erst nach 2-maligen Pumpenstössen des rechten Ventrikels füllt sich der linke soweit mit Blut, dass seine schwache Contraction genügenden Druck hat, um den Aortendruck zu überwinden. In der That ist der linke Ventrikel in noch höherm Grade als der rechte dilatirt.

Vielleicht ist die Ventrikelscheidewand vorzugsweise erkrankt, degenerirt, Sitz eines Gumma, in Bindegewebe umgewandelt — und contrahirt sich überhaupt gar nicht; — nächst dem betrifft die Erkrankung der Muskulatur mehr den linken als den rechten Ventrikel. — Gummata des Herzens sitzen mit Vorliebe in der Scheidewand (Fräntzel).

Nach diesen Betrachtungen über das eigenthümliche Phänomen einseitiger Bradycardie, kehren wir zur Krankengeschichte zurück.

Um die Zeit der Curven-Aufnahmen (2. Hälfte Januar) war das subjective Befinden eher besser, obgleich die Leber allmählig grösser wurde und Andeutung von Ascites sich zeigte. Im Laufe des Februar bekam Pat. weiter Injectionen von Liqu. arsen. Fowleri und danach Spermin, — beides ohne Effect. Ende Februar war Ascites deutlich nachweisbar, das Körpergewicht 168 Pfd. (= 68,8 Kilo).

Die Monate März, April brachten keine wesentliche Aenderung. Der Gebrauch von Harnstoff — bis 20,0 p. Tag — hatte keine erhebliche Diurese zur Folge; bei Carlsbader-Salz ging das Körpergewicht etwas zurück, auf 161 Pfd.; das einzige Mittel, welches subjective Erleichterung zu bringen schien, war das Natr. nitrosum in kleinen Gaben. Ende April betrug die Pulsfrequenz 25—26, und eine am 29. April aufgenommene Curve hatte beifolgende Gestalt: Tempo 15 Millim. = 1 Secunde.

Am 15. Mai 1896 verliess Patient das Hospital in einem im Ganzen etwas gebesserten Zustand, um in seine Heimath (Twer) zu reisen. Herzbefund unverändert. Es war zu befürchten, dass sein schwaches Herz unter den gesteigerten Anforderungen des täglichen Lebens ausserhalb des Spitals, — bald versagen würde. Obgleich aufgefordert Nachricht zu geben, hat er seitdem nichts von sich hören lassen.

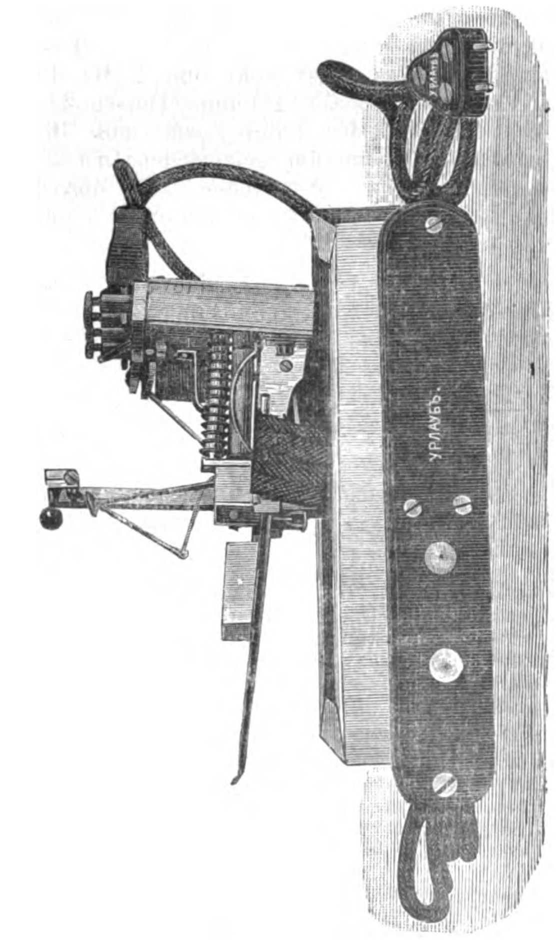
Epikrise: Die gummöse Myocarditis, mit welcher Pat. im Sept. eintrat ging im Laufe von 4 Monaten unter antiluetischer Behandlung allmälig zurück, — bis Januar. Doch war der Ausgang eine bindegewebige Degeneration des Myocard, welche einen Dauerzustand darstellt — mit nicht vollkommen compensirter Schwächung des linken Ventrikels.

Curve V.

29 April

Anhang.

Die elektrische Markirvorrichtung am Dudgeon'schen Sphygmographen ist vom Mechaniker Urlaub (Newski 44) nach meinen Angaben construirt und beistehend abgebildet: Am Gehäuse ist eine kleine Rumkorf'sche Spirale mit Unterbrechungshammer angebracht. Die Spirale wird mit einem Grenet'schen Element in bekannter Weise verbunden und dann der Strom durch einen Griff geleitet auf welchem ein Knopf den Contact giebt und den Strom schliesst. Durch Druck auf den Knopf wird nun der Hammer angezogen und ein an demselben befestigter Stift bewirkt die Marke auf dem Pulsbilde, das wie immer von dem Schreibhebel des Sphygmographen gezeichnet wird.



Die elektrische Markirvorrichtung des Dudgeon'schen Sphygmographen.

Aus Dr. A. Natanson's Augenheilanstalt in Moskau.

Ueber die Wirkung und Anwendung eines neuen localen Anästheticums — des Holocains.

Von

Alexander Natanson.

Seit dem Mai-Monat dieses Jahres benutze ich das neue Präparat, welches von dem Chemiker Dr. Täuber als Ersatz für das allgemeingebräuchliche Cocain vorgeschlagen und unter den Namen Holocain von der bekannten chemischen Fabrik «Farbwerke, vorm. Meister, Lucius und Brüning» in Höchst dargestellt wird. Die erste Mittheilung über die Wirkung desselben auf das Auge findet sich in einer kurzen Notiz von Hirschberg im Januarheft seines Centralblatts[1]); hierauf haben Andere schon ausführliche Berichte über die ersten Resultate seiner Anwendung in der Augenpraxis geliefert (Gutmann[2]), Kuthe[3]), Deneffe[4]), Winselmann[5]), Hirschfeld), Löwenstamm), aus denen hervorgeht, dass das Holocain zweifellos gewisse Vorzüge vor dem Cocain besitzt und allem Anscheine nach sich mehr dazu eignet, das Cocain zu ersetzen, als die bisher zu diesem Zwecke proponirten Mittel, mit Einschluss des Eucains[6]). Nachdem ich im Laufe von $1^1/_2$ Monaten das Holocain an einer ziemlichen Anzahl gesunder und kranker Augen (gegen 80) geprüft und insbesondere in einer wenn auch nicht grossen Reihe von operativen Fällen, sowohl bei kleineren Eingriffen, wie auch bei Operationen am Bulbus, dessen Wirkung erprobt habe, muss ich mich durchaus den günstigen Urtheilen der genannten Autoren anschliessen und kann das Holocain als vortreffliches locales Anästheticum empfehlen, welches nicht allein eine raschere Wirkung entfaltet, als das Cocain, und manche unangenehme Nebenwirkungen des Letzteren vermeiden lässt, sondern auch billiger ist.

Bezüglich der chemischen Constitution des Holocains giebt Täuber[7]) an, dass es ein Derivat des Phenetidins — der chemischen Grundsubstanz des Phenacetins, des Lactophenins u. a. werthvoller Arzneimittel — und dem Phenacetin (Acetphenetidin) verwandt ist. Durch Vereinigung eines Moleküls Phenacetin mit einem Molekül p-Phenetidin bildet sich, unter Wasseraustritt, ein Molekül Holocain oder Amidin (p-Dioxyäthenyldiphenylamidin) nach der Formel:

$$C_6H_4\Big\langle{O.C_2H_5 \atop NH.CO} + {O.C_2H_5 \atop H_2N}\Big\rangle C_6H_4$$

CH₃ (an CO) — Phenacetin — Phenetidin

$$= C_6H_4\Big\langle{O.C_2H_5 \atop NH.C} \; {O.C_2H_5 \atop : \; N}\Big\rangle C_6H_4 + H_2O.$$

CH₃ (an C) — Holocain — Wasser

Das Holocain ist eine basische Verbindung, welche in kaltem Wasser unlöslich ist; die schön krystallisirenden Salze sind in kaltem Wasser schwerlöslich, in heissem

[1]) Hirschberg's Centralblatt f. Augenheilkunde, Januar 1897, p. 30.
[2]) Gutmann, Deutsche med. Woch. 1897, Nr. 11.
[3]) Kuthe, Centralbl. f. Augenheilk., Februar 1897, p. 55.
[4]) Deneffe, Acad. de méd. de Belgique, 27 Mars 1897, vergl. Annales d'oculist., CXVII, 1897, Nr. 4, p. 289.
[5]) Winselmann, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Mai 1897, p. 150.
[6]) Betreffs der Eucainwirkung giebt der Artikel von W. N. Dolganow (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Februar 1897) genauere Daten.
[7]) Täuber, Centralbl. f. Augenheilk., Februar 1897, p. 54.

lösen sie sich jedoch leicht auf; eine kaltgesättigte Lösung von Holocainum muriaticum enthält nicht ganz 2,5% Salz. In Gegenwart von Alkalien bildet sich in Holocainlösung eine Trübung resp. ein Niederschlag, bestehend aus der Base selbst; aus diesem Grunde müssen zum Kochen, zur Auflösung und zur Aufbewahrung des Mittels durchaus vollkommen alkalifreie Gefässe benutzt werden, und zwar — entweder Porzellangefässe, oder Glasgefässe, welche vorher in mit Salzsäure versetztem Wasser ausgekocht sind. Von der Nothwendigkeit dieser Vorsichtsmassregel habe ich mich auch durch persönliche Erfahrung überzeugt; eine von mir zuerst präparirte 1% Holocainlösung gab nach kurzer Zeit eine Trübung und einen Niederschlag sowohl im Fläschchen, als auch in der Pipette; sobald aber diese beiden Theile des Tropfglases durch Auskochen in einer schwachen Salzsäurelösung ihres Alkaligehalts beraubt waren, bekam ich stets vollständig reine und klare Lösungen.

Als sehr wichtige Eigenschaft des Holocains hebt Täuber dessen grosse Haltbarkeit hervor; es wird beim Kochen nicht zersetzt und ist, nach Angabe von Täuber, eine 1%Lösung, nachdem sie über 2 Monate in einem offenen Gefäss gestanden hatte, vollkommen klar geblieben. Ich kann das bezüglich der Holocainlösungen bestätigen, welche in den allgemein gebräuchlichen Tropfgläsern mit zugeschliffener Pipette conservirt wurden: eine einfache Auflösung des Holocains in Wasser erschien noch völlig rein zu einer Zeit, wo in Atropin- und Cocaintropfen (ich benutze Lösungen dieser Medicamente in der schwachen Verdünnung von Hydrargyrum-cyanatum 1:1500 Aq.) bereits Trübungen und Flocken vorhanden zu sein pflegen. Das Gesagte erklärt sich vermuthlich, durch den Umstand, dass das Holocain als Amidinverbindung an und für sich ein kräftiges Desinficiens ist; daher behaupten einige Forscher, dass die Lösungen des Holocains keiner Sterilisation vermittelst hoher Temperatur bedürfen. Die Untersuchungen von Heinz[8]) haben gezeigt, dass bereits durch eine 0,1% Lösung Bacterien in ihrem Wachsthum gehemmt werden und eine 1% Lösung Fäulniss und Gährung vollständig verhindert. In pharmacologischer Hinsicht ist noch zu bemerken, dass das Holocain eine zu den Krampfgiften gehörige Substanz darstellt. Bei subcutaner Einführung desselben (die wirksame Dosis beträgt für die Maus 0,001, für das Kaninchen 0,01) kommen nach kurzer Zeit zunächst Trismus und klonische Zuckungen in den Nacken- und Ohrmuskeln und darauf allgemeine tetanische Contractionen zu Stande; die toxische Wirkung gleicht derjenigen des Strychnins. Die niederste toxische Dosis ist beim Holocain (0,01) 5 mal kleiner als beim Cocain (0,05). Mit Rücksicht darauf haben es die Autoren bisher nicht gewagt, das neue Mittel subcutan einzuspritzen.

Zur Anästhesirung des Auges benutzen die Autoren eine 1% wässrige Lösung von Holocainum muriaticum, und habe auch ich mich einer solchen bedient. Die genannte Concentration reicht vollkommen für alle die Zwecke und Maassnahmen aus, für welche sonst 2—5% Cocainlösungen in Anwendung kommen. Vor jeder Operation wird in meiner Anstalt ein kleines Quantum frischer Lösung präparirt und durch Kochen in dem Stroschein'schen Tropfglas sterilisirt.

Unmittelbar nach der Einträufelung von 1—2 Tropfen der Lösung in den Conjunctivalsack wird ein leises Brennen gespürt und kommt in einer gewissen Anzahl der Fälle eine schwache helle Gefässinjection im Umkreise der Cornea zum Vorschein. Hierauf, nach ½—1 Minute, zuweilen aber schon früher, tritt totaler Verlust der Sensibilität der Cornea und bedeutende Herabsetzung der Empfindlichkeit an der Conjunctiva ein; die Berührung der ersteren mit der Sonde, einem spitz ausgedrehten Wattebäuschchen, einem Papierschnitzel wird garnicht gefühlt und löst keine reflectorische Lidbewegung aus, und bei Berühren der Bindehaut empfinden die Einen ein gewisses dumpfes Gefühl, wogegen bei Anderen nicht einmal das zu bemerken ist, indem auch die Conjunctiva ganz gefühllos wird. Die Eröffnung eines subconjunctivalen Abscesses (vereiterte Meibom'sche Drüse) mit dem Messer, welche ich bei einem Collegen nach Ablauf von 1½ Minuten nach der Einträufelung vornahm, brachte bei demselben nur eine ganz leichte Empfindung hervor, obgleich die Conjunctiva stark gespannt und geröthet war. Dagegen wäre eine andere Patientin anzuführen, bei der ich ein bis in die Hornhaut hineinreichendes Pterygium abzutragen hatte; während der Abschälung des centralen Antheils von der Cornea vermittelst des Lanzenmessers spürte die Frau absolut Nichts, aber bei der Abtrennung der conjunctivalen Partie und nachfolgenden Application der Suturen wurde sie ziemlich unruhig und klagte über Schmerzen. Ein derartiger Unterschied in der Einwirkung des Holocains auf die Bindehaut des Auges lässt sich auch an gesunden Augen nachweisen, die Cornea wird aber ausnahmslos bei Allen total anästhetisch und hält der Sensibilitätsverlust 5—15, durchschnittlich — 10 Minuten an. Durch wiederholtes Einträufeln kann die Dauer der Anästhesie verlängert werden; die Versuche von Löwenstamm haben ergeben, dass 2-maliges Einträufeln mit 5 Minuten Zwischenraum eine Anästhesie von durchschnittlich 19 Minuten und 3-maliges Einträufeln, gleichfalls alle 5 Minuten, dieselbe auf durchschnittlich 30 Minuten ausdehnen lässt.

Einer der wesentlichsten Vorzüge des Holocains vor dem Cocain ist also

1) der bedeutend frühere Eintritt der Anästhesie, bei genügend langer Dauer derselben. Weitere, nicht minder wichtigere Vortheile der Holocain-Wirkung beruhen darauf, dass es

2) keine Puppillenerweiterung hervorruft,

3) auf die Accomodation nicht lähmend wirkt und demnach nicht die Sehstörung im Gefolge hat, welche nach Instillation von Cocain zuweilen bis 24—36 Stunden anhält; ferner — dass

4) die Austrocknung und Trübung der Cornea hier ganz wegfällt: letztere bleibt feucht und behält ihre glatte, glänzende Oberfläche und vollkommene Durchsichtigkeit bei, selbst in dem Falle, wenn man das Auge nach dem Einträufeln unbedeckt lässt. — Ausserdem sind beim Gebrauch des Holocains die weniger constanten Nebenwirkungen des Cocains, nämlich

5) die Herabsetzung des intraocularen Druckes, sowie

6) Erweiterung der Lidspalte und Vortreibung des Augapfels bislang nie beobachtet worden. Schliesslich soll noch angeführt werden, dass

7) Holocain auch bei heftiger entzündlicher Reizung des Auges wirksam ist, in solchen Fällen, wo Cocain nur ganz schwach wirkt resp. fast im Stich lässt.

Die rasch eintretende Wirkung des Holocains werden namentlich diejenigen schätzen lernen, welche häufig die Extraction von Fremdkörpern aus dem Auge zu machen haben. Wie ich mich an 10 Patienten überzeugt habe (6 Eisensplitter und 1 Steinsplitter in der Cornea, 2 Eisensplitter in der Conj. sclerae, 1 spitzes Stückchen Stroh, welches sich in die Conj. palp. sup. eingespiesst hatte) braucht man hier nicht 5—10 Minuten zuzuwarten, wie beim Cocain, sonder factisch nicht länger, als das Vorbereiten und Reinigen des Instruments in Anspruch nimmt (ich pflege die Nadel oder

[8]) Heinz, Centralbl. f. Augenheilk., März 1897, p. 85.

den Hohlmeissel vorher mit einem Gemisch von Alcohol absolut. und Aether absolut. zu gleichen Theilen auszuwischen). Das bringt eine grosse Zeitersparniss mit sich. Ausserdem wird durch das Ausbleiben eines Einflusses auf Pupille und Accomodation dem Pat. die Sehstörung erspart, welche nach Cocain einige Stunden bis zu 1—1½ Tagen fortbestehen kann. Die Dauer der Anästhesie gestattet auch nach einmaliger Instillation das ev. erforderliche nachträgliche schmerzlose Entfernen von Rosttheilchen, was bereits von Gutmann erwähnt und auch von mir bei 2 von den genannten Patienten erprobt worden. Bei grösseren Operationen kommt freilich ein Zeitgewinn von einigen Minuten weniger in Betracht und treten vielmehr die oben sub 2, 4 und 5 aufgeführten Eigenschaften in Kraft.

Ferner möchte ich noch auf einen Umstand aufmerksam machen, den ich in den Mittheilungen der citirten Autoren nicht erwähnt finde. Die rasch eintretende Wirkung des Holocains, die minimalen zur Anästhesie erforderlichen Mengen, sowie der Effect des Mittels bei entzündliche Zuständen geben uns die Möglichkeit, dasselbe in ausgiebigerer Weise behufs mehr oder weniger schmerzfreier Untersuchung stark gereizter, lichtscheuer Augen etc. zu verwenden. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass Holocain nicht allein um Vieles rascher, sondern auch gründlicher wirkt. Daraufhin benutze ich es auch häufig, um den ambulanten Patienten nach Beizungen mit Argent. nitr. u. dgl. rascher Erleichterung zu schaffen. Dann glaube ich, dass diese nach so kurzer Zeit einsetzende Anästhesie auch bei Operationen an den Adnexen des Auges ausgenutzt werden könnte, in einer Weise, welche bis zu einem gewissen Grade die Injectionen zu ersetzen im Stande wäre; wie bereits erwähnt, hat man sich bisher gescheut, Holocain in die Gewebe einzuspritzen, in der Befürchtung, Intoxicationen zu veranlassen. Gesetzt den Fall, man habe einen kleinen Tumor aus dem Augenlid zu entfernen. Nach dem ersten Hautschnitt wird in die Wunde Holocain eingetropft oder werden die blossliegenden Weichtheile mit Holocainlösung ausgepinselt; darauf hat man nur 1—1½ Minuten zu warten und kann die Operation (Durchtrennung des subcutanen Zellgewebes, der Muskelschicht, Abtrennung der Geschwulst von den angrenzenden Theilen und Ausschälung derselben aus ihrem Bette) bei beträchtlich herabgesetzter Sensibilität, also mit geringerem oder minimen Schmerz vollenden. In dieser Weise verfuhr ich während der Exstirpation eines Chalazion bei einem sehr nervösen und unruhigen Fräulein, und erhielt bei 3-maligem Einträufeln von je 2 Tropfen, eine Verminderung der Sensibilität, welche vollkommen ausreichte, um die Operation bei ziemlich ruhigem Verhalten der Pat. auszuführen. Bei einer anderen Pat., einer angereisten Schullehrerin mit veralteter Thränensackfistel und Ausfluss von schlechtem übelriechendem Eiter, einer gleichfalls überaus nervösen und ängstlichen Person, hatte ich die Exstirpation des Thränensackes unter Chloroformnarcose gemacht; nach 8 Tagen sollte die Wunde von Neuem vernäht werden, da die Wundränder, offenbar wegen mangelhafter Ernährung der narbig entarteten Gewebe auseinandergegangen waren. Aus der Wunde kam zuweilen eine geringe Menge schleimigen Secrets hervor und beschloss ich daher, vor der Verschliessung derselben die Wundhöhle galvanocaustisch auszubrennen, um etwaige zurückgebliebene kleine Reste des Thränensackes zu zerstören. Dieses, sowie das Anfrischen der Wundränder mit Messer und Scheere gelang ohne merkliche Beschwerden für die Pat., nachdem die die ganze Höhle 3 mal im Laufe von 5 Minuten mit Holocain ausgepinselt worden. Dieser Fall hat mich noch davon überzeugt, dass man weit grössere Holocainmengen in die Gewebe einführen kann, als das bei dem Einträufeln in den Bindehautsack der Fall ist, und doch keine Vergiftungserscheinungen bekommt. Ebensowenig haben die citirten Autoren, von denen mehrere zu wiederholten Malen je einige Tropfen in das eröffnete subconjunctivale Gewebe (bei Schieloperationen) einträufelten (Winselmann, Hirschfeld) irgend welche schädliche Allgemeinwirkungen gesehen. Es ist daher die Annahme berechtigt, dass es bei vorsichtigen Versuchen gelingen wird, das Quantum Holocain zu finden, welches bei Injection in das Gewebe (subcutan resp. subconjunctival) eine ausreichende Anästhesie ohne unangenehme Nebenwirkungen zu erzeugen vermag.

Bei Operationen am Bulbus bietet das Holocain den grossen Vortheil, dass es weder die Pupille, noch die Ernährung des Hornhautepithels und den Binnendruck des Auges beeinflusst. Jeder Operateur weiss, wie die bei maximaler Action des Cocains resultirende Pupillenerweiterung die regelrechte Schnittführung bei der Staarextraction und Iridectomie erschweren kann; so musste man bisher bei Glaucom zuweilen statt Cocain allein eine Mischung von Cocain und Eserin oder Pilocorpin einträufeln. Dass das Holocain keine Veränderung der Pupillenweite und keine Vertrocknung und Trübung der Cornea mit sich bringt, hat man bereits an Hunderten von Augen erfahren, dieser Vorzug der Holocain-Wirkung ist also als feststehend zu betrachten. Was aber den Intraoculardruck anbetrifft, so ist vor der Hand noch zu wenig über Operationen am Augapfel berichtet worden, so dass die Frage, ob Holocain in der That nie die unerwünschte Weichheit und Collaps des Bulbus hervorruft, erst auf Grund weiterer Beobachtungen entschieden werden kann. Im Uebrigen haben die Autoren (Gutmann — 1 Discision einer unreifen weichen Cataract, Winselmann — 1 Extraction eines Altersstaars, 1 Discision eines Nachstaars) nicht gemerkt, dass das Holocain in irgend einer Beziehung dem Cocain nachsteht. Die im Verlaufe der letzten 3 Wochen in meiner Anstalt ausgeführten grösseren Operationen, 5 an der Zahl: 2 Extractionen von senilen Cataracten, 1 Discision eines Nachstaars und 2 Iridectomien, sind mit Holocain gemacht worden. Die eine Extraction machte ich am rechten Auge eines 65-jährigen Mannes, bei dem ich bereits im Januar d. J. den Staar aus dem linken Auge unter Cocainanästhesie mit Iridectomie nach unten und gutem Erfolg (V = 0,4 mit + 11,0) ausgezogen hatte; hier konnte ich keine Differenz zwischen Cocain- und Holocain-Wirkung constatiren, zumal der Pat. zu den ruhigen gehört und sich sowohl bei der ersten wie auch bei der zweiten Operation sehr vernünftig verhielt; sog. traumatische Hornhauttrübung war weder jetzt, noch damals vorhanden. Pat. befindet sich noch in der Anstalt (vor 9 Tagen operirt), der Verlauf ist ein völlig normaler. Bei dem zweiten, 50-jährigen Pat. kam der überreife Staar bei dem üblichen Manöver (Druck mit dem Löffel auf die Hornhaut) mit der ganzen Kapsel heraus; die Extraction war mit Iridectomie nach oben gemacht worden und nach derselben entwickelte sich eine leichte Keratitis traumatica, welche jetzt geschwunden ist. Während der Nachbehandlung litt dieser Mann zuweilen an leichten Schmerzen, ohne dass Symptome von Iritis oder dgl. vorhanden gewesen waren; diese Ciliarneuralgie sistirte jedesmal 1—2 Minuten nach Einträufelung von 2 Tropfen Holocain. Der Pat. ist bereits entlassen, V am 15. Tage nach der Operation 0,3 mit + 11,0 D.

Ich mache besonders auf die traumatische Hornhauttrübung in diesem Falle aufmerksam. Bekanntlich ist die Genese derselben auf Cocain und Sublimat zurückgeführt worden, was Beides nicht zutrifft, indem die Trübung auch bei Gebrauch anderer Anästhetica und Antiseptica vorkommen kann, im vorliegenden Falle — Holocain und

Hydrargyrum cyanatum. — Den Nachstaar discidirte ich bei einem 57-jährigen Geistlichen in der 9. Woche nach der von mir ausgeführten Extraction mit Iridectomie nach oben: Pat. empfand nur das Einlegen des Elevateurs und die Berührung der Fixationspincette, aber er fühlte absolut nichts beim Einstechen des Landolt'schen Discisionsmessers und beim Zerschneiden der getrübten Kapsel; bei der Entlassung wurde eine Zunahme des Sehvermögens von 0,1 auf 0,6 (+ 7,0 D) notirt. — Die Iridectomien nach oben sind an 2 aufeinander folgenden Tagen an beiden Augen eines an Glaucoma simplex leidenden Mannes gemacht worden; an den durch Eserin ad maximum zusammengezogenen Pupillen liess sich nach 3-maligem Einträufeln von Holocain (je 2 Tropfen) auch nicht die geringste Erweiterung merken, die Operationen verliefen ganz regelrecht, ohne die geringste Blutung aus der Conjunctiva und Iris des linken schlechteren Auges und mit einer ganz spärlichen Blutung aus der Bindehaut des linken Auges. Pat. befindet sich noch in Behandlung.

Im Laufe der weiteren Beobachtungen wird es sehr wesentlich sein, zu erfahren, ob das Holocain nicht auch bei acutem entzündlichen Glaucom wirksam ist; sollte es sich erweisen, dass es in dieser Beziehung dem Cocain überlegen ist, so wäre damit eine bedeutende Erleichterung in der Technik der Iridectomie bei Glaucoma acut. verbunden. Ueberhaupt habe ich bisher bezüglich der Anwendung des Holocains bei Operationen an stark entzündeten Augen keine eigene Erfahrung und muss mich daher mit der Wiedergabe der Aussagen anderer Autoren begnügen. Hirschberg benutzte es mit Erfolg bei der Extraction einer Cataracta traumatica bei gereiztem Auge, Kuthe und Gutmann loben die Wirkung desselben bei eitriger Keratitis, wo eine Verschorfung der Cornea mit dem Galvanokauter resp. Entleerung des Eiters durch Punction der Kammer erforderlich war. Alle diese Thatsachen sprechen für eine stärker anästhesirende Wirkung des Holocains im Vergleich zum Cocain. In diesem Sinne äussern sich Einige auch über das Tätowiren der Hornhaut mit Holocain-Anästhesie (Kuthe, Gutmann). Die Mehrzahl der zum Vergleich angestellten Beobachtungen von unbestrittenem Werth (d. h. solcher Operationen, welche bei einem und demselben Individuum, unter gleichen Bedingungen sowohl seitens des Organs selbst, wie auch des körperlichen und psychischen Allgemeinzustandes, abwechselnd mit Cocain und mit Holocain ausgeführt wurden) bezieht sich auf Schieloperationen. Alle Patienten, welche succesive an beiden Augen operirt wurden, empfanden an dem mit Holocain anästhesirten Auge weniger Schmerzen, als an demjenigen, wo Cocain eingeträufelt worden (Gutmann, Winselmann, Hirschfeld). Hierzu ist noch zu bemerken, dass bei dem Gutmann'schen Pat. die erste Tenotomie an dem einen Auge, welche mit Hülfe von 4% Cocainlösung ausgeführt wurde, von einer typischen Cocain-Intoxication gefolgt war, während die zweite, am anderen Auge mit Holocain verrichtete Tenotomie keinerlei üble Zufälle veranlasste. — Der einzige Fall, in dem ich Gelegenheit hatte, dieselbe Operation an beiden Augen eines Pat., zuerst mit Cocain und darauf mit Holocain, zu machen (Staarextraction, s. o.) ergab keine Anhaltspunkte zur vergleichenden Beurtheilung.

Im Ganzen muss ich sagen, dass mir im Laufe von 1½ Monaten kein einziger Fall zu Gesichte kam, in dem ich nicht das Cocain, für einen beliebigen Zweck, durch dieses neue, rascher und bequemer wirkende und wohlfeilere Anästheticum hätte ersetzen können. Ich habe noch die Absicht, die Wirkung desselben in zusammengesetzten Verordnungen, bei denen früher Cocain verschrieben worden, auszuversuchen, so z. B., in Verbindung mit Atropin in Salbenform, als Zusatz zu Zink- und Sublimattropfen etc. Bisher habe ich es noch nicht für Patienten aus der Apotheke verschrieben, da bis vor Kurzem das Präparat in den hiesigen Apotheken noch nicht zu haben war. Bei der Verordnung der Lösung ist selbstredend auf die obenerwähnten Cautelen in Bezug auf Gläser und Pipetten zu achten, und muss daher auf dem Recept extra vermerkt werden, dass dieselben vorher in schwacher Salzsäurelösung ausgekocht werden sollen.

Vorhin ist gesagt worden, dass die Holocain-Anästhesie billiger zu stehen kommt, als diejenige mit Cocain. Schon jetzt, wo das Holocain eben in den Handel gebracht worden, kostet 1 Grm. Holocain, nach den Preislisten der deutschen Droguenhandlungen, um Einiges weniger, als 1 Grm. von der billigsten Cocainsorte — Cocain. muriat.; Cocain. salicyl. kostet mehr als doppelt so viel, wie Holocain. Mit der Zeit, sobald die Nachfrage nach dem neuen Präparat grösser werden wird, wird der Preis desselben wohl noch heruntergehen. Ausserdem ist noch zu berücksichtigen, dass man statt 2—5% Cocainlösungen nur eine 1% Holocainlösung braucht und dass die zur Anästhesirung erforderliche Anzahl von Tropfen im Einzelfalle eine geringere ist. Bei bedeutendem Verbrauch, wie z. B. in grösseren Kliniken und Krankenhäusern, wird auch der Kostenpunkt von Belang sein.

Auf Grund der günstigen Resultate der Anwendung des Holocains in der augenärztlichen Praxis ist zu erwarten, dass es bald nicht allein bei den Ophthalmologen grössere Verbreitung finden, sondern auch in anderen medicinischen Fächern sich Eingang verschaffen wird; insbesondere kann man es aber den Repräsentanten derjenigen Disciplinen empfehlen, bei denen der Arzt häufig in die Lage kommt, die locale Anästhesie für kleinere operative Eingriffe auszunutzen, — den Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Kurze Bemerkung zu dem Vortrage des Herrn Dr. med. A. Treu „Ueber die immunisirende Behandlung der Lungentuberculose."

Von

A. Wladimiroff.

Der in № 30 dieser Zeitschrift zum Abdruck gelangte Vortrag von Dr. A. Treu enthält eine irrige Anschauung, welche ich mich umsomehr verpflichtet halte zu berichtigen, als dieselbe recht verbreitet zu sein scheint und im Interesse der Tuberculosebekämpfung aus der Welt geschafft werden muss:

Der Hund ist nicht, wie Verf. annimmt, immun gegen tuberculöse Infection. Er steht vielleicht in der Empfänglichkeits-Scala für Tuberculose etwas niedriger als gewisse andere Thierspecies, deren experimentelle Infection sehr leicht gelingt: aber von einem absoluten Refractärsein des Hundes gegen Tuberculose kann nicht gesprochen werden, angesichts einer bereits so reichen Literatur über spontane Hundetuberculose, dass ich mir deren Wiedergabe füglich ersparen darf. Die genannte Erkrankung wird umso häufiger gefunden, je mehr auf dieselbe geachtet wird; in Paris gehört sie jedenfalls constatirter Maassen nicht zu den Seltenheiten und vermuthlich ebensowenig anderwärts, nur dass ihr noch nicht allenthalben die nöthige Aufmerksamkeit von Seiten der Hundebesitzer zugewandt wird.

Indem ich nur diese eine irrige Behauptung des Verf. ihrer praktischen Bedeutung wegen beanstande, seine übrigen theoretischen Auseinandersetzungen aber unerwähnt lasse, möchte ich mich doch gegen die Auffassung verwahren als erklärte ich mich mit denselben stillschweigend einverstanden. Mein Zweck ist es eben nicht durch Kritik von Hypothesen eine fruchtlose Polemik heraufzubeschwören, sondern, wie gesagt nur darauf hinzuweisen, dass der Hund, abgesehen von einer ganzen Reihe anderer auf den Menschen übertragbarer Krankheiten, auch für Tuberculose empfänglich ist — ein Grund mehr ihn von der Mitbewohnung menschlicher Behausungen auszuschliessen.

Referate.

M. Robinson: Un cas d'hyperthermie prétuberculeuse rebelle aux antipyrétiques. Bulletin Gén. de Thérap. 10 Livr. 23. Mai 1897.

In der Sitzung der «Societé de Thérapeutique» erfolgte eine Mittheilung des Herrn Robinson über einen beobachteten Fall, wo das hohe bestehende Fieber keinem angewandten Mittel zu weichen gesonnen schien. Es handelte sich um eine junge Frau von 19 Jahren, welche ziemlich plötzlich an Praecordialangst, Hitzegefühl, Herzklopfen erkrankte. Autor hinzugerufen konnte in keinem der Organe etwas abnormes constatiren und fand nur geringe Heiserkeit, Röthung der Stimmbänder und eine Temperatur von 40,2°. Die Therapie, bestehend zunächst aus Antipyrin in Tagesdosen von 3,0--6,0, alsdann aus warmen Bädern mit kühlen Uebergiessungen und schliesslich Guajacolpinselungen blieb absolut resultatlos. Die Temperatur hielt sich stets zwischen 40.0° und 40,5°. Dabei stieg die Unruhe der Patientin, so dass sie beständig das Bett verlassen wollte. Endlich nach 2 Wochen fällt plötzlich die Temperatur, die Erregung der Patientin schwindet und räumt das Feld einer kolosalen Mattigkeit. Die Laryngitis wird stärker, in den Lungenspitzen kann nun Knisterrasseln gehört werden. Alle Anzeichen einer Lungenphtise manifestiren sich und Pat. stirbt 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung.

Verf. glaubt diese absolute Unwirksamkeit der Antipyretica und der temperaturerniedrigenden Mittel folgendermassen erklären zu können: 1) Entweder producire das Infectionsagens mit derartiger Schnelligkeit die hyperthermisirenden Gifte, dass die Wirkung der Antipyretica stets neutralisirt wird oder 2 existire eine gewisse Beeinflussung des Temperaturcentrums sei es durch Idiosynkrasie des Individuums sei es durch die Producte der Infection, so dass dieses Centrum anderseits von den pharmacodynamischen Mitteln nicht angegriffen werden könne.

Hecker.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung 16. October 1896.

Dr. Kramer hält den angekündigten Vortrag: Ueber das Fieber. (Autoreferat). Während stets in älteren Zeiten und vielfach auch in neuerer Zeit das Fieber als eine Krankheit sui generis aufgefasst wurde, hat man in neuerer Zeit begonnen die verschiedenen Fieber zu differenziren, vor allem das Wesen des Fiebers als solches zu erklären. Den ersten wissenschaftlichen Versuch machte Liebermeister, indem er zum Mittelpunkt des fieberhaften Symptomencomplexes die Temperatursteigerung erhob und von letzterer die übrigen Fiebersymptome abhängig machte. Ferner nahm er an, dass im Fieber der kranke Organismus auf einen höheren Grad eingestellt sei. Wenn diese Lehre richtig wäre, so müsste das Fieber durch Herabdrücken der Temperatur heilbar sein, was es ja leider durchaus nicht ist — ebensowenig kann die zweite Ansicht ihre Geltung behalten, angesichts der Thatsache, dass fast jedes Fieber einen remittirenden resp. intermittirenden Typus zeigt, somit von einer Einstellung auf einen höheren Grad nicht die Rede sein kann. Ferner mussten Temperatur und Puls in einem parallelen Verhältnisse stehen, wir beobachten aber bei Typhus z. B. bei 40° oft nur 100 Pulse, bei Sepsis bei 38° bis 140 Pulse. Ebenso wirken nicht alle Fieber auf das Nervensystem gleichmässig, wie Liebermeister lehrt. Auch wie Cantani, Cohnheim und andere nachwiesen, greifen nicht alle Fieber das Körperparenchym in gleicher Weise an, ebenso wenig lassen sich Wärmeproduction in Folge von Oxydationsvorgängen oder Wärmeabgabe bei allen Fiebern als Ursache für die Wärmestauung nachweisen. Man versuchte nun ferner auf Liebermeister'scher Basis stehend, eine ganz bestimmte Nervenerkrankung als Fieberursache nachzuweisen, auf Grund der von Sachs und Aronsohn gemachten Erfahrung, dass Verletzung eines Theiles des Streifenhügels eine stark erhöhte Temperatur zur Folge hat, es ist aber auf Grundlage verschiedener Beobachtungen von Murré, Filehne, Zaum, Unverricht u. A. wahrscheinlicher, dass sich das ganze Nervensystem an der Wärmeregulirung betheiligt. — Wir sehen also, dass die Temperatur nicht die übrigen Fiebersymptome hervorruft und zweitens dass von einer typischen Störung der Wärmeregulation nicht die Rede sein kann, somit die Liebermeister'sche Lehre hinfällig wird. Neben der Liebermeister'schen ist noch vielfach die Ansicht vertreten, dass das Fieber ein Symptomencomplex sei, unter denen die Temperatursteigerung zwar eine wichtige Rolle spielt, ohne aber die Ursache für die übrigen Symptome zu sein. Wenn man das Fieber als eine symptomatologische Einheit anerkennen soll, so muss man auch eine allen Symptomen gemeinsame Ursache finden. Wenn wir nun angesichts der Fortschritte der Bacteriologie zugeben müssen, dass vielen Fiebern eine Bacterieninvasion zu Grunde liegt, so ist auch hier bisher noch keine einheitliche Ursache eruirt worden. Cantani glaubt einen allen Bacterien gemeinsamen fiebererregenden Stoff nachgewiesen zu haben, den er Pyrotoxina bacterica nannte, das wäre an und für sich ganz plausibel, wenn nur nicht Ughetti durch blosse Kältewirkung und Sachs und Aronsohn durch ihren Hirnstich auch erhöhte Temperatur erzielt hätten, bei welch letzteren Ursachen wohl das Pyrotoxin nicht vertreten sein dürfte. Bei dem durch Kältewirkung entstandenen Fieber wäre wohl eher der Blutkörperchen-Zerfall als aetiologisches Moment fürs Fieber anzunehmen. Auch die Annahme einer Fibringerinnung als Fieberursache wird durch Hammerchlags Nachweis, dass es im Fieber keine vermehrte Fibringerinnung giebt, hinfällig. Da nun auch die anderen Erklärungen nicht im Stande sind eine einheitliche Ursache für das Fieber zu finden, schlagen Unverricht, Lotz und Zimmermann vor den Fieberbegriff vollständig fallen zu lassen und nicht in der bisherigen Weise gegen das Fieber zu Felde zu ziehen, da es auf Grundlage einer Menge von Beobachtungen sicher scheint, dass das Fieber eine zweckmässige Selbsthilfe der Natur sei. Unverricht leitet diese seine Ansicht aus der Beobachtung der Temperaturwirkung auf die Bacterien her. Es ist sicher nachgewiesen, dass die Bacterien bei erhöhter Temperatur weniger gut gedeihen, schon 39—40° beeinflussen das Wachsthum derselben. Sehr wichtig sind namentlich die von Loewy und Richter gemachten Erfahrungen — dieselben riefen bei verschiedenen Thieren durch den Sachs, Aronsohnschen Hirnstich Temperaturen bis 42° hervor, vergifteten Versuchsthiere mit verschiedenartigem Infectionsmaterial und constatirten nicht erwärmten Controllthieren gegenüber erheblich bessere Resultate — es wurden vielfach sogar die 2—3 fache sonst tödtliche Dosis vertragen. Ausser der erhöhten Temperatur scheint auch die erhöhte Leucocytose einen wirksamen Schutz abzugeben, so dass beide Momente auch für die Therapie von Nutzen sein könnten — auf einen ähnlichen Standpunkt stellen sich Welch, Siratinus und Kast. — Der Wissenschaft bleibt es vorbehalten auf Grundlage dieser Anfangserkenntnisse nach Endresultaten zu streben.

Dr. Brakel: In Bezug auf die Sepsis kann Redner anführen, dass stets die Temperatur nicht der Höhe des Pulses entspricht. Der Puls bei Septikern ist stets sehr hoch, bedingt durch Herzschwäche und es kommt beim Exitus Hochseptischer meistens zu kolossal hohen Pulsen und sehr niedriger subnormaler Temperatur.

Dr. Hartge will wissen, ob ausser Unverricht, dessen Anschauung bekannt, noch andere Kliniker jede Therapie beim Fieber verbannen? Solange Specifica wirken, wie Chinin bei Malaria, Salicyl bei Gelenkrheumatismus, wird das Streben der Practiker und Kliniker immer darauf gerichtet sein, neue Specifica ausfindig zu machen, also man wird immer wieder bei Infectionskrankheiten neue Mittel versuchen, bis man das specifische Mittel gefunden hat.

Dr. Kramer betont Herrn Brakel gegenüber, dass er als Beispiel für die Unhaltbarkeit der Liebermeister'schen Theorie das Verhalten der Temperatur und des Pulses zu einander bei Sepsis angeführt hat — nach Liebermeister müssten Temperatur und Puls annährend parallel gehen, was ja bekanntlich durchaus nicht der Fall ist — in Folge dessen gerade gegen die Liebermeister'sche Theorie spricht.

Gegen Herrn Hartge führt er an, dass ausser Unverricht noch andere namhafte Kliniker das Fieber nicht antipyretisch behandeln — wie Kust, Sirotinin.

Vortr. lässt die Specifica vollständig gelten, verwirft nur bei unbestimmbaren Fiebern, so lange nicht erforderlich, eine direct antipyretische Behandlung.

Dr. Otto erinnert besonders an die Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, bei welchen, wo es sich bereits bei bestehender Epidemie um die Wahrscheinlichkeit ihrer Entstehung handelt, es ein Kunstfehler wäre, wenn man mit Antipyreticis den naturgemässen Verlauf der Krankheit stören wollen. Ist erst die Wirkung der Fiebermittel im Gange wird leicht das Exanthem gestört, während das Fieber gerade hier schon rein empirisch zum deutlichen Heraustreten des Exanthemes direct nothwendig zu sein scheint.

Dr. Brakel demonstrirt eine durch Exstirpation gewonnene Niere mit Nephrolithiasis und Pyonephrose. Patientin

hat seit 7 Jahren Abgang kleiner Nierensteine, allmähliche Verschlimmerung des Zustandes. Bei der Aufnahme im Beginne dieses Jahres in der linken Lumbalgegend ein länglich ovaler prallelastischer Tumor, der Fluctuation zeigt.

Bei extraperitonealer Eröffnung fliesst Eiter, beim Abtasten der Eiterhöhle findet sich ein zum Ureter hin eingekeilter Stein im Nierenbecken, der manuell entfernt wurde. Reconvalescenz langdauernd, nach Verwachsen der Fistel Fieber, Anfang October Blutung aus der Fistel, darauf Exstirpation der Niere, die sehr schwierig war.

Sitzung 6. November 1896.

Dr. Kessler demonstrirt vor der Tagesordnung das Präparat einer melanotischen Neubildung, welche die Clitoris und die nächste Umgebung einnahm. Ausführlichere Mittheilung über die Beschaffenheit der Neubildung wird Vortr. demnächst machen.

Dr. Hartge: Zur klinischen Symptomatologie des Botriocephalus latus.

Ein Typus in den Symptomen und Beschwerden, welche durch den Botrioceph. latus im Darmcanal hervorgerufen wurden, ist noch nicht beschrieben worden. Allgemein bekannt ist, dass bisweilen Leibschmerzen nach Art einer Colik auftreten, Klagen über Unregelmässigkeiten der Entleerungen, intercurrente oder auch chronische Diarrhöen, welche keiner Medication weichen wollen; Druck und Völle im Leibe, Appetitlosigkeit, andrerseits auch Heisshunger gesellen sich gelegentlich dazu. Doch ist mit all diesen vagen Beschwerden für die Diagnose nicht viel anzufangen, es gilt da der alte Satz, man soll den Parasiten nicht früher abtreiben, bis seine Existenz entweder durch spontan abgegangene Bänder oder durch den microscopischen Befund von Eiern in den Faeces sicher gestellt ist. Da nun jetzt gleichfalls allgemein bekannt, dass durch diesen Schmarotzer gelegentlich schwere, das Leben bedrohende Gefahren (Anaemie etc.) hervorgerufen werden können, ferner, dass das Suchen nach Eiern in den Faeces nicht stets von positivem Erfolg gekrönt, so ist ein fixer Symptomencomplex entschieden erwünscht, um mit seiner Hilfe schon frühzeitig, bevor sogar der Schmarotzer Eier producirt, die Diagnose auf Darmparasit zu stellen und darnach therapeutisch einzugreifen. Vortr. hat einen sehr instructiven Fall in Behandlung gehabt. Es handelte sich um einen vollkommen gesunden Mann, welcher gelegentlich etwas Hechtrogen verspeist hatte, genau nach 6 Wochen traten geringe Beschwerden von Seiten des Darmcanals auf, welche sich in der Folge so steigerten, dass, obgleich bei sorgfältigster aber stets negativer Forschung nach Eiern in den Faeces, eine Abtreibung des problematischen Wurmes vorgenommen wurde, welche von bleibendem, gutem Erfolge gekrönt war. Vortr. hat an einer Reihe von Pat. immer dieselben Symptome von Seiten des Darmcanals beobachtet und stellt daher folgenden Typus für die Frühdiagnose des Botriocephalus latus auf:

1) Beständige colikartige Schmerzempfindung im Mesogastrium in weiterer Ausdehnung, der Lagerung des Dünndarms entsprechend; auf Druck von aussen steigern sich die Schmerzen nicht.

2) Diese dumpfen Schmerzen werden nur bei aufrechter Körperhaltung empfunden, sie verschwinden bei Horizontallage.

3) Alcoholica wirken beruhigend 4) Diaet und Medicamente, ausgenommen Narcotica, haben keinen Einfluss.

Nebenbei sind zu constatiren: Dumpfer Druck, Gefühl von Völle und Spannung im Leibe, leichte ziemlich beständige Uebelkeiten, Brechneigung, fader Geschmack u. s. w. keine andere Erkrankung des Abdomens weist ähnliche Erscheinungen auf. Die angeführten Symptome würden dort zu berücksichtigen sein und eine Bandwurmcur rechtfertigen, wo abgegangene Glieder nie beobachtet wurden, der Eierbefund fraglich oder die Untersuchung darauf nicht gut zu bewerkstelligen ist, oder wo der Parasit noch so jung und unentwickelt ist, dass er weder reife Glieder noch Eier producirt, aber doch schon recht unangenehme Beschwerden hervorruft.

Dr. Koppel hat sehr viele Bandwurmpatienten zu behandeln gehabt, darunter viele Frauen, die sehr genau auf alle Symptome ihres Leidens geachtet hatten. Hört nun beim Bandwurm bei liegender Körperstellung der Schmerz, der oft sehr unangenehm ist, auf, so hätte das sicher von einigen beobachtet werden müssen, weil es nicht geschehen, so glaubt er den Umstand darauf zurückführen zu können, dass dieses Symptom vielleicht nicht allzu häufig und allgemein ist. — Vortr. hat ein Mal sieben Wochen, nachdem ein Brustkind Quappenfleisch bekommen, in den Faeces desselben reife Bandwurmeier gefunden — ein Zeichen, dass ein Bandwurm auch schon nach 7 Wochen reife Eier produciren kann.

Dr. Hartge: Die negativen Beobachtungen Koppels sprechen nicht gegen meine positiven, einmal auf das Symptom der Euphorie bei Horizontallage aufmerksam geworden, findet man es sehr oft, ausgenommen natürlich solche Fälle, wo Complicationen vorliegen und dadurch das reine Bild verwischt wird. Der Eierbefund ist ja häufig negativ, das beweist nichts.

Dr. Kessler erwähnt als Beleg für die Bedeutungslosigkeit eines negativen Befundes bei Untersuchung der Faeces auf Wurm-Eier einen Fall, in welchem er die Faeces eines 4-jährigen Knaben 3 mal von einem Fachmann untersuchen liess, — stets mit negativem Befunde. Drei Tage nach der letzten Untersuchung entleerte der Knabe — ohne Wurmmittel — einen ausgewachsenen Spulwurm. Die Hoffnung, das dieser männlichen Geschlechts sein und daraus das Fehlen der Eier in den Faeces sich erklären lassen könnte, wurde zu nichte durch die Untersuchung des abgegangenen Wurmes im hiesigen zoologischen Institute, wo ein geschlechtsreifes Weibchen festgestellt wurde.

Vom XII. internationalen medicinischen Congress.

Moskau, den 7. (19) Aug. 1897
nachmittags.

Soeben erfolgte im Grossen Theater die Eröffnung des Congresses durch S. K. H. den Grossfürsten Ssergey Alexandrowitsch in Gegenwart einer glänzenden Versammlung von Tausenden. Auf der geschmückten Bühne des Theaters versammelten sich die officiellen Persönlichkeiten, die Vorstände der Comité's, die Vertreter der Regierung und der Stadt, der fremden Nationen, Regierungen und Körperschaften, während die Mitglieder des Congresses mit ihren Damen das Parterre und die Logen füllten. Es waren zu dieser Eröffnungssitzung im Ganzen 2500 Billets vertheilt worden, weil das Theater nicht mehr Menschen aufnehmen kann; die Vertheilung war durch Verloosung erfolgt. Präcise 1 Uhr erschien S. K. H. der Grossfürst Ssergey Alexandrowitsch und erklärte, am Tische des Präsidiums den Ehrenplatz einnehmend, den Congress für eröffnet. I. K. H. die Grossfürstin Jelissaweta Feodorowna nahm in der Grossfürstlichen Loge Platz. Der Minister der Volksaufklärung, Graf Deljanow begrüsste hierauf den Congress mit einer lateinischen Ansprache. Dann folgten die Reden des Präsidenten Prof. Sklifossowsky, und des Generalsecretärs Prof. Roth und des Stadthauptes Fürsten Golizyn. Die Delegirten der fremden Regierungen sprachen dann in alphabetischer Reihenfolge der durch sie vertretenen Länder. Als Erster trat im Namen des deutschen Reiches Generalarzt v. Coler vor, seine glänzende, mit mächtiger Stimme vorgetragene Ansprache wurde mit rauschendem Beifall aufgenommen, oft auch durch Beifallsbezeugungen unterbrochen: der Redner schloss mit einem Hoch auf S. M. den Kaiser Nicolai II. Von deutscher Seite sprach noch Prof. Ziemssen-München, darauf im Namen der Oesterreichisch-ungarischen Monarchie Prof. Hüppe-Prag, Prof. Gussenbauer-Wien u. A., in langer Reihe folgten einander die Vertreter der übrigen Staaten. Von wissenschaftlichen Vorträgen waren die folgenden auf die Tagesordnung dieser ersten Allgemeinen Versammlung gesetzt:

Virchiw: Die Rolle der Gefässe bei der Entzündung.

Lauder Brunton: The relations between Physiology, Pharmacology, Pathology and practical Medicine.

Lannelongue: De la thérapeutique des tuberculoses chirurgicales en général.

In der grossen Manege, in der sich das gesammte Bureau des Congresses befindet, herrscht seit gestern ein reges Leben, welches sich zu Zeiten, besonders nach Ankunft der Eisenbahnzüge, zu einem wogenden Gedränge steigert. Hier ist der Sammelpunkt aller Congress-Mitglieder, hier erhält man alle Auskünfte, hier giebt man sich Rendez-vous zu gemeinsamen Unternehmungen, hier trifft ein Jeder seine Bekannten.

Heute Abend findet die vom Organisationscomité veranstaltete festliche Versammlung in den Gallerien der neuen Kaufhallen (верхніе ряды) statt. Die Hallen sind reich geschmückt, Orchester und Sängerchöre werden zur Unterhaltung der voraussichtlich sehr zahlreichen Versammlung beitragen. Es ist die Einrichtung getroffen, dass die Mitglieder der einzelnen Sectionen an bestimmten Stellen zusammentreffen können.

Die Gesammtzahl der Mitglieder des Congresses wird heute auf rund 7000 geschätzt!

Das Wetter ist herrlich. B.

Vermischtes.

— Anlässlich der Einweihung des Neubaues des hiesigen deutschen Alexanderhospitals hat der deutsche Kaiser dem Director und Chefarzt dieses Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. E. Moritz, den Kronen-Orden II. Classe mit dem

Stern verliehen. Der Oberin des genannten Hospitals Fräulein E. Moritz wurde im Auftrage der Deutschen Kaiserin das Verdienstkreuz durch den Deutschen Botschafter Fürsten Radolin und seine Gemahlin persönlich überbracht.

— Für Hülfeleistung bei der Bockenhofer Eisenbahn-Katastrophe ist dem im Zuge gewesenen älteren Ordinator des Kronstädter Marienhospitals, Collegienrath Michelson, der St. Annen-Orden II. Classe Allerhöchst verliehen worden. Aus demselben Anlass haben die Studirenden der Universität Jurjew (Dorpat) Jon Michniewicz und Walter Hollman die silberne Medaille mit der Aufschrift «für Rettung Verunglückter» zum Tragen auf der Brust am Wladimir-Bande erhalten.

— Für den Lehrstuhl der Physik an dem weiblichen medicinischen Institut ist der frühere Professor der Universität Jurjew (Dorpat) und gegenwärtige Adjunct an der Academie der Wissenschaften, Fürst Golizyn, in Aussicht genommen.

— Der bekannte Kliniker Prof. Wilh. Leube, Director der medicinischen Klinik in Würzburg, beging vor Kurzem sein 25jähriges Professor-Jubiläum. Leube war früher Professor in Jena und dann in Erlangen, von wo er 1885 nach Würzburg berufen wurde.

— Am 3. August fand in Moskau die Enthüllung des Pirogow-Denkmals in Gegenwart der Wittwe und des Sohnes Pirogow's und zahlreicher russischer Aerzte, sowie vieler ausländischer Mitglieder des Aerztecongresses statt. Nach einem feierlichen Gottesdienst hielten der Rector der Universität und der Präsident des Denkmal Comité's Prof. Djakonow Reden.

Ordensverleihung: der St. Stanislaus-Orden I. Klasse — dem ord. Professor der Physik an der mil.-med. Academie, wirkl. Staatsrath Jegorow.

— Verabschiedet: Das Mitglied des Allerhöchst eingesetzten Nikolai-Comités zur Fürsorge für Bettler in St. Petersburg und Oberarzt des Ambulatoriums bei diesem Comité, wirkl. Staatsrath Dr. Winter, auf sein Gesuch, mit Uniform.

— Verstorben: 1) In Rjasan der ehemalige Gouvernements-Medicinalinspector wirkl. Staatsrath Dr. Nicolai Norschin, Ehrenmitglied der Gesellschaft Rjasanscher Aerzte, im 78. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher im J. 1889 nach mehr als 40-jährigem Dienst seinen Abschied nahm, ist vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich beschäftigte er sich mit dem Uebersetzen medicinischer Werke. 2) Der frühere Consultant für chirurg. Krankheiten am Marinehospital in Kronstadt, wirkl. Staatsrath Dr Johann Taïrow, im Alter von 66 Jahren. Nach seiner Pensionirung lebte T. in Nowgorod. 3) In Kamen-Rybolow (Süd-Ussurigebiet) der Landarzt Alex. Kolobow, 36 Jahre alt. Er hat in einem Anfalle von Melancholie durch einen Revolverschuss in's Ohr seinem Leben ein Ende gemacht. 4) In Adelaide (Südaustralien) der ehemalige Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. W. Gardner. — 5) Am 6. August n. St. in Budapest der bekannte Chirurg Prof. Joseph Kowacs im 65. Lebensjahre. Der Heimgegangene hatte seine Ausbildung in Wien und Pest erhalten und war seit 1869 Director der chirurg. Universitätsklinik in Budapest. Seine literärische Thätigkeit erstreckte sich auf alle Gebiete der Chirurgie.

— Vor Kurzem beging in Weinsberg (Würtemberg) Hofrath Dr. med. Theobald Kerner, welcher bekanntlich auch Arzt war, seinen 80. Geburtstag in aller Frische des Geistes und Körpers, wie man es nur in so hohem Alter erwarten kann. Dass er des Vaters poetische Begabung ebenso wie dessen Liebe zur Medicin geerbt hat, bezeugen seine zahlreichen poetischen und prosaischen «Dichtungen», sowie seine bereits in vierter Auflage erschienene Schrift «Galvanismus und Magnetismus als Heilkraft», in welcher er die in einer von ihm bei Stuttgart gegründeten galvano-magnetischen Heilanstalt gemachten Erfahrungen niedergelegt hat.

— Von dem verstorbenen Oberarzt des hiesigen Roshdestwenski-Barackenhospital, Ehrenleibmedicus Geheimrath Dr. Joseph Bertenson, welcher seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten hatte, ist ein Stipendium bei der Universität Jurjew (Dorpat) gestiftet worden. Dasselbe besteht aus den Zinsen des vom Stifter vermachten Kapital von 6000 Rbl., welche alljährlich zur Unterstützung eines Studirenden der Medicin verwandt werden sollen, sobald die Wittwe des Testators, Frau Marie Bertenson, geb. Chrapowicki die bei Lebzeiten die Nutzniessung des Kapitals hat, mit Tode abgegangen ist. Das Stipendium wird auf Vorstellung der medicinischen Facultät vom Directorium der Universität einem Medicin-Studirenden ohne Unterschied des Glaubens zuerkannt. Mit dem Genuss des Stipendiums sind keinerlei Verpflichtungen für den Stipendiaten verbunden.

— Von der Geschäftsführung der diesjährigen 69. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte, welche vom 20.—25. September n. St. in Braunschweig stattfindet, wird bereits das vorläufige Programm des Congresses veröffentlicht. In der ersten allgemeinen Sitzung (20. Sept.) wird unter Anderen Prof. Waldeyer (Berlin) über «Befruchtung und Vererbung» sprechen. in der zweiten allg. Sitzung (24. Sept.) Prof. J. Orth (Göttingen) einen Vortrag über «Medicinischen Unterricht und ärztliche Praxis» halten. Am 22. Sept. findet eine gemeinsame Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe und aller medicinischen Abtheilungen unter dem Vorsitz von Prof. J. Wislicenus (Leipzig) statt, welche der wissenschaftlichen Photographie und ihrer Anwendung auf den verschiedenen Gebieten der Naturwissenschaften und Medicin gewidmet werden wird. Mit dem Congress verbunden ist eine Ausstellung für wissenschaftliche Photographie, sowie eine Ausstellung von neuen Gegenständen aus den Gebieten der Naturwissenschaft und Medicin. Die Geschäftsführer der diesjährigen Versammlung sind der Geheime Hofrath Prof. Dr. Wilh. Blaschko und Prof. Richard Schulz, Oberarzt der medic. Abtheilung des Herzogl. Krankenhauses in Braunschweig.

— Nach dem Rechenschaftsbericht des Organisations-Comités des VI. Congresses russischer Aerzte ist nach Deckung aller Ausgaben ein Ueberschuss im Betrage von 2489 Rbl. 12 Kop. nachgeblieben.

— Wie ein Odessaer Blatt berichtet, wird das von der Gesellschaft Odessaer Aerzte herausgegebene medicinische Journal «Южно-Русская Медицинская Газета» wegen Mangels an Mitteln eingehen.

Dr. J. W. Michailow in Moskau hat die Concession zur Herausgabe eines monatlich unter dem Titel «Медицинскiй Указатель» erscheinenden medicinischen Anzeigers erhalten.

— Die städtische Sanitätscommission von St. Petersburg hat in ihrer letzten Juli-Sitzung den Voranschlag ihrer Ausgaben für das Jahr 1898 bestätigt. Nach diesem sollten für die Zwecke der Sanitätscommission 345,969 Rbl. von der Duma gefordert werden, d. h. um 42,314 Rbl. 27 Kop. mehr als im laufenden Jahre. Die grösste Mehrforderung (13,506 Rbl.) geschieht für die städtischen Gebärasyle. Mit diesem Gelde soll ein neues Gebärasyl (das 12 te) eröffnet und die Zahl den etatmässigen Hebammen in den bisherigen Asylen erhöht werden. Für die städtische Sanitätsaufsicht werden 11.100 Rbl. mehr verlangt. für die unentgeltliche ärztliche Hülfe 8000 Rbl. mehr, für den Unterhalt der Sanitätscommission 3800 Rbl. mehr u. s. w. Was die unentgeltliche Hülfeleistung durch die Dumaärzte anbelangt, so hat die Commission es für nothwendig erachtet, das Honorar für die Krankenbesuche der Dumaärzte zu erhöhen und die Zahl dieser Aerzte um einen (auf der Petersburger Seite) zu vermehren.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Juli d. J. 7105 (5 wen. als in d. Vorw.), darunter 464 Typhus — (15 mehr), 800 Syphilis — (16 wen.), 101 Scharlach — (9 wen.) 136 Diphtherie — (24 mehr), 69 Masern — (10 wen.) und 25 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Am 3. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7046 (59 wen als in der Vorwoche), darunter 473 Typhus — (9 wen.), 794 Syphilis — (6 wen.), 112 Scharlach — (11 mehr), 134 Diphtherie — (2 wen.), 64 Masern (5 wen.) und 16 Pockenkranke (9 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 25. Juli 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
278	221	499	113	49	92	17	6	11	43	41	38	32	31	21	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 14, Scharlach 5. Diphtherie 26, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 17. Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0. Ruhr 7, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 48, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 26, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 113, Todtgeborene 27.

Für die Woche vom 27. Juli bis 2. August 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
295	251	546	138	52	82	15	13	27	49	50	31	37	20	23	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 15, Scharlach 6, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 1, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 2, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 133, Todtgeborene 38

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5 Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 16. (28.) August 1897

Nachtrag zu dem Aufsatz über einseitige Bradycardie.

Von
Dr. E. Moritz.

Ich möchte nicht unterlassen hervorzuheben, dass die in dem beschriebenen Falle gewonnenen Pulsbilder des Bulbus jugularis der Deutung des diastolischen Theils des Cardiogramms, die Martius auf Seite 476 seiner classischen Arbeit über Herzbewegung: l. c. giebt, — widersprechen. —

Ungefähr auf gleicher Entfernung von dem höchsten Gipfel zweier Herzwellen meist näher zum 2., — hat jedes Cardiogramm seinen tiefsten Fusspunkt, welchem ein steiler Anstieg folgt, sicher während der Ventrikel noch schlaff ist. Ich glaube annehmen zu dürfen, dass auch jedes Cardiogramm des rechten Ventrikels dem von Martius gegebenen allgemeinen Schema des linken entsprechen würde, — wenn man's haben könnte.

Augenscheinlich ist der erste Anstieg resp. Gipfel unseres Vorhofs-Cardiogramms identisch mit dieser 2. Zacke der Martius'schen Ventrikel-Cardiogramme, wird gefolgt von der «Verharrungszeit» des Vorhofs.
Die Erklärung dieser grossen Zacke, welche fast so steil ist wie die systolische Ventrikelzacke, — «ich bin geneigt die nach vollendeter Arteriensystole gegen die Wurzel des Aortensystems rückstauende Blutwelle für diesen Stoss verantwortlich zu machen» — wäre in unserem Falle ausgeschlossen, da ja nach 2 aufeinander folgenden rechtseitigen Wellen gar keine Arteriensystole erfolgt, — erst nach der dritten.

Die Unzulässigkeit der von mir für unsre Curven gegebenen Deutung, — nämlich der ersten Zacke als Vorhofs-Contraction — wird auf so gewichtige Autoritäten wie Johannes Müller und Marey gestützt. Ich kann dem nur entgegen halten, dass der in Rede stehende pulsirende Stoss durch Gesicht und Gefühl, sowie durch den Schreibhebel so deutlich als active Herzbewegung sich kennzeichnet, dass ich keine andere Deutung für denselben finde. Dass sie nicht von der Aorta herrühren kann, in welcher wie die Radialiswelle beweist, völlige Ruhe herrscht, — ist sicher; und dass die Vorhofs-Contraction im Pulsbilde des Bulbus gar keinen Ausdruck finden sollte — ist wohl undenkbar.

Ein Fall von Resection des ganzen Samenstranges bei Prostatahypertrophie.

Von
Dr. C. Erdberg-Candau.

Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte von Nordkurland am 7. December 1896.

M. H. Angeregt durch einen Aufsatz von Prof. Helferich-Greifswald in der deutschen med. Wochenschrift Nr. 2, 1896 habe ich den Versuch gemacht nach seinen Angaben einem Prostatiker Linderung seiner Leiden zu schaffen und erlaube mir Ihnen über das Resultat der Operation zu berichten:

Pat. 72 a. n., verheirathet, Potator, Raucher ist bis jetzt immer gesund gewesen, will auch keine Infectionskrankheiten bis auf Scharlach durchgemacht haben. Hat auch nie Beschwerden von Seiten der Blase gehabt bis zum 24. September 1896 wo er nach einem Excess in bacho bemerkte, dass er nicht uriniren könne, nur wenn er lag floss der Urin unter quälendem Harndrang spontan ab. Der von ihm consultirte Arzt hinterliess ihm einen Nelaton mit der Weisung sich zu cathetrisiren. Einige Zeit ging es so, der Urin floss theils spontan ab, theils cathetrisirte er sich, doch wurden die Beschwerden immer stärker, der Harndrang immer quälender, der eigene Cathetrismus schwieriger, so dass er am 17. October 1896 ins Krankenhaus eintrat, nachdem er seit 24 Stunden überhaupt keinen Harn gelassen hatte.

Status: Kräftiger, intelligenter Greis, ausser Atheromatose keine Veränderung der inneren Organe nachweisbar. Beide Hoden von normaler Grösse, Prostata grosskartoffelgross, hart, von glatter Oberfläche. Cathetrismus schwierig. Harn stark trübe, von stechendem Geruch, alkalisch, kein Albumen.

In den drei Tagen vor der Operation musste Pat. täglich mehrmals cathetrisirt werden, mit nachfolgender Spülung der Blase mit 3% Borsäure. Spontan konnte überhaupt kein Harn gelassen werden und klagte Pat. sehr über quälenden Harndrang. Am 21. October Operation. Ich resecirte beiderseits ca. 8 cm des ganzen Samenstranges nach vorheriger doppelter Unterbindung. Ich sah mich dazu veranlasst weil es mir schwer wurde das vas deferens zu isoliren und mir vor Kurzem eine Publication in den therapeutischen Monatsheften Nr. 9, 1896 in die Hände gekommen war, wo aus dem pharmacologischen Institut in Breslau von Dr Sackur berichtet wurde, dass bei seinen Versuchsthieren, nach Resection des Samenstranges in toto, die von ihm befürchtete Gangrän der Hoden nicht eingetreten war.

Unter Spülung der Blase mit 3% Borsäure und Salol 0,5 3 mal täglich besserte sich der Blasencatarrh vollständig, doch war eine spontane Urinentleerung bis zum 6. November unmöglich, trotzdem dass ich, in der Voraussetzung dass der detrusor ves. urin. gelähmt sei, täglich warme Bäder geben liess und am 4. und 5. November täglich einmal 0,005 Strychnin. nitric. subcutan injicirte. Ich hatte schon alle Hoffnung auf Erfolg aufgegeben als sich endlich am 6. November etwas spontane Urinentleerung einstellte, es wurden allerdings nur ca. 25 ccm. gelassen. Prostata hart, etwas kleiner geworden von der Grösse einer kleinen Kartoffel.

7. November. 2 mal cathetrisirt, per Catheter 1000 ccm. spontan 25 ccm. Injection von 0,005 Strychnin. nitric. subcutan in den Rücken. Quälender Harndrang.

8. November. Per Catheter die ganze Urinmenge abgenommen, ebenso am 9. November.

An beiden Tagen klagt Pat. über quälenden Harndrang.

10. Nov.	Per Catheter	1045 ccm.	spontan	75 ccm.	Täglich ein warmes Bad
11.	» »	1280 »	»	75 »	
12.	» »	1100 »	»	200 »	
13.	» »	600 »	»	500 »	
14.	» »	200 »	»	1025 »	

15. Nov. Ueberhaupt nicht cathetrisirt spontan 1200 ccm. Harn gelassen.

16. Nov. Per Catheter 200 ccm. spontan 1100 ccm.

Dass das 24-stündliche Harnquantum relativ gering war lag darin, dass Pat. selbst sehr vorsichtig war, und ängstlich Flüssigkeitszufuhr vermied.

Da Pat. sich absolut wohl fühlt, der Harn ganz klar war und sauer reagirte wird überhaupt nicht mehr cathetrisirt und geht es ihm bis zur Entlassung am 22. November stets gut. Von Seiten der Blase absolut keine Beschwerden und wird der Harn in gutem Strahl mehrmals täglich gelassen. Nach vor einigen Tagen eingezogenen Erkundigungen geht es Pat. ausgezeichnet, auch ein Excess in bacho ist gut vertragen worden und der mitgegebene Nelaton nicht nöthig gewesen. Die Intelligenz des Pat. hat nicht gelitten. Eine nachweisbare bedeutende Verkleinerung des Hodens habe ich nicht nachweisen können. Der in der Krankengeschichte am 7. und 8. verzeichnete quälende Harndrang machte mir nicht wenig Sorge, besonders da es damals noch garnicht recht vorwärts gehen wollte, doch glaube ich jetzt denselben nicht wie damals als ungünstiges sondern gerade als günstiges Zeichen ansehen zu können, giebt doch Helferich selbst an, dass er dieselbe Beobachtung gemacht hat, und dass sich bei seinen Fällen auch in der Anfangszeit der günstigen Veränderung quälender Harndrang einstellte

Dieses ist mein bescheidener Beitrag in der Frage der Behandlung der Prostatahypertrophie. Ich habe versucht aus der Literatur eine Zusammenstellung der Erfolge und Ansichten der einzelnen Autoren zu geben, muss aber gleich vorausschicken, dass mir nur wenig Literatur und vieles nur im Referat zu Gebote stand, wenn daher meine Angaben lückenhaft sind bitte ich es freundlichst zu entschuldigen, ist doch am Mangel nicht mein guter Wille sondern die Macht der Verhältnisse schuld.

Ramm in Christiania und White in Philadelphia waren die ersten die auf Grund von Thierversuchen und zufälligen Entdeckungen bei Prostatikern planvoll die doppelseitige Castration vornahmen. Beide beobachteten in ihren ersten Fällen eine entschiedene Besserung der Beschwerden und ein Kleinerwerden der Prostata. White's erster Pat. hatte schon Symptome von Sepsis, Cystitis und beginnender Urämie, doch war das Resultat glänzend und der Pat. hatte 15 Wochen nachher 45 Pf. zugenommen. Der zweite Fall war nicht so günstig, die Prostata, die zuerst die Grösse einer Orange hatte, ging zur normalen Grösse zurück, doch konnte der Katheter nicht entbehrt werden, wenn auch die Benutzung bedeutend erleichtert war.

White veröffentlichte später 111 von ihm gesammelte Fälle, die von Verschiedenen operirt waren und kommt zu folgenden Resultaten, in:

87,2% trat rasche Atrophie der Prostata ein,
52% besserte sich die lang bestehende Cystitis schnell,
60% Hebung der Contractionsfähigkeit der Blase,
46% Localerkrankung so gut wie ganz gehoben,
83% quälende Symptome beseitigt,
18% Mortalität.

Kymmel in Hamburg berichtet im April 1895 über 7 Fälle. von denen war bei fünfen ein guter Erfolg erzielt, Abnahme der Schwellung und spontane Urinentleerung. Bei den zwei letzten ist der Erfolg weniger gut, der eine lässt den Urin spontan, doch ist die Drüse nicht abgeschwollen, der andere konnte noch keinen Urin spontan lassen, allerdings waren damals erst 14 Tage nach der Operation verflossen. Doch hat Kymmel den Eindruck gewonnen, dass die Operation entschieden empfehlenswerth ist.

Professor Bruns in Thübingen hat in den Grenzgebieten für Medicin und Chirurgie Bd. I. Heft I, 1895, sich über die Behandlung der Prostatahypertrophie geäussert, er verwirft die doppelseitige Unterbindung der Iliacae internae vollständig als zu eingreifende Operation. Von der einseitigen Castration verspricht er sich keinen Erfolg, hingegen hat er bei doppelseitiger Castration eine Casuistik gesammelt von 148 Beobachtungen und kommt zu folgenden Resultaten:

I. Bei Prostatikern mit Dysurie ohne Retention lässt der Urindrang nach und die Zahl der Mictionen nimmt ab, selbst bei länger bestehendem Harnträufeln stellt sich die willkürliche Harnentleerung im Strahl wieder her. In einem Drittel der Fälle bleibt der Erfolg aus.

II. Prostatiker mit Retention, die nicht länger als einige Wochen die Anlegung des Catheters erforderte. können in der Regel wieder spontan Harn lassen, oft schon im Laufe der ersten Woche.

III. Prostatiker mit chron. Retention, die Monate und Jahre den Catheter gebrauchten, werden in der Mehrzahl vom Katheter befreit und zwar um so schneller, je kürzer das Katheterleben gedauert hatte. Einzelne sind sogar nach 2—13-jährigem Katheterleben von ihren Leiden befreit worden. Bei einem Drittel der Fälle bleibt der Erfolg entweder ganz aus oder nur die Einführung des Katheters wird erleichtert.

Gestorben sind 23 Fälle.

Resecirte Fälle hat Bruns 11, bei der Mehrzahl war der Erfolg ein günstiger und räth er zu dieser Operation, wo aus anderen Gründen die Castration nicht möglich ist.

Diesen drei Autoren reihen sich noch eine Reihe von Publicationen über doppelseitige Castration an mit kleineren Zahlen, doch bei allen ist der Erfolg ein guter.

Gegen den Enthusiasmus der Castration bei Prostatahypertrophie wendet sich neuerdings Czerny-Heidelberg

(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 19, 1896) und führt 3 Fälle mit absolut negativem Resultat an, von denen noch einer gestorben. Er warnt vor zu optimistischer Auffassung und lässt die Frage offen wieviel bei der gleichzeitigen Behandlung des Blasencatarrh's zu Gunsten dieser Behandlung und wieviel zu Gunsten der Castration geschrieben werden muss. Er meint, es müssten strenge Indicationen für die Castration gestellt werden, nicht wie White, der keine Contraindication gelten lassen will. Czerny meint vorgeschrittene Cystopyelitis, Nierenerkrankungen und hochgradige Altersveränderungen müssten als Contraindication gelten und meint, dass sich am meisten zur Operation eignen würden verhältnissmässig frische Urinverhaltungen mit starker venöser Hyperämie bei gleichmässiger Hypertrophie der Prostata, wenn andere Behandlungsmethoden im Stich gelassen haben. Er ist mehr für die Resection der vasa deferentia, wenn diese Operation wirklich Erfolg hat, da es ein kleinerer und weniger verstümmelnder Eingriff ist.

Helferich in Greifswalde berichtet über die Resection der Samenleiter. Ihm ist die Castration besonders für alte Leute zu eingreifend, er fürchtet die mit der Operation verbundene Narcose und das wenn auch kurze Krankenlager, daher redet er der Resection das Wort. Er hat 10 Fälle derartig operirt und zwar 8 Fälle ohne Narcose und veröffentlicht folgende Resultate (cf. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2, 1896). Die Harnentleerung ist in allen Fällen mehr oder weniger gebessert, einige gebrauchten den Katheter überhaupt nicht mehr. Bei einem Kranken verschwand als erstes Symptom ein lästiger Tenesmus des Sphincter ani, bei einem anderen, bei welchem es sich eventuell um einen malignen Prostatatumor handelte war der Kathetrismus entschieden leichter. Eine entschiedene Verkleinerung der Prostata ist bei einer Untersuchung per anum nur in einer kleinen Anzahl der Fälle constatirt worden. Der Erfolg blieb in einigen Fällen aus, doch waren es complicirte, zwei Mal handelte es sich gleichzeitig um Blasensteine, ein Mal um eine complicirende, abgesackte, eitrige Peritonitis. Ob diese Operation der Castration gleichkommt, vermag Autor nicht zu sagen, doch meint er man müsse erst die Resection versuchen, hilft sie nichts oder ist die Besserung ungenügend, so bleibt ja immer die Möglichkeit der Castration. Ausserdem meint er, dass auch White in seiner Arbeit einige Andeutungen macht, welche darauf hindeuten, dass der Erfolg der Castration auf der Schädigung der vasa deferentia beruhe. Eine Verkleinerung der Hoden hat Helferich wie ich einer anderen Arbeit entnehme (Sackur, Therapeut. Monatshefte Nr. 9, 1896) bei 4—6-wöchentlicher Beobachtung nicht constatiren können und bei einem Patienten, den er mehrere Monate nach der Resection sah, fand er den Hoden auch nicht kleiner, vielleicht aber etwas weicher. Andere Autoren wie Englisch in Wien und Isnardi (loco citato) wollen entschieden eine Atrophie der Hoden bemerkt haben. Isnardi hat sogar beobachtet, dass der Hoden nach $1^1/_2$ Monaten um die Hälfte verkleinert war.

Ausser den Veröffentlichungen von Bruns und Helferich habe ich noch einige spärliche Fälle gefunden die aber alle ein gutes Resultat zu verzeichnen haben. Nur wird in einem Falle die Beobachtung eines starken Kräfteverfalls in geistiger und körperlicher Beziehung gemacht, der sich allerdings nach 14 Tage bedeutend besserte, doch hat Patient seine frühere Frische nicht wiedererlangt. (Dr. Dumstrey Leipzig Centralblatt für Chirurgie № 18 1896).

Dr. Lauenstein in Hamburg schlägt eine noch einfachere Operation vor, nähmlich die subcutane Durchtrennung der vasa deferentia. Er meint man kann nicht nur ein krankhaft verdicktes, sondern auch ein gesundes vas deferens fühlen und unterscheiden, wenn man den oberen Scrotaltheil breit zwischen den Fingern auseinanderzieht. (Centralblatt für Chirurgie № 7, 1896). Eine Publication über den Erfolg dieser Operation habe ich in der mir zur Verfügung gestandenen Literatur nicht finden können.

Leider habe ich in der Literatur die mir zu Gebote stand nur eine Arbeit finden können, die sich experimentell mit dieser Frage beschäftigt, daher können meine Angaben nur sehr kurz sein. Dr. Sackur veröffentlicht in den therapeut. Monatsheften № 9, 1896 eine Arbeit aus der ich die Hauptmomente herausgenommen habe: Bei doppelseitiger Castration hat er mikroscopisch deutlich eine Verkleinerung der Prostata gefunden. Bei einseitiger Castration hingegen blieb die Prostata unverändert und zeigte den Character eines normalen Organs. Bei einseitiger Castration war der zurückgebliebene Hoden deutlich hypertrophisch. Dieser mikroscopische Befund stimmt ja auch mit den klinischen Beobachtungen beim Menschen überein. Nach doppelseitiger Resection des Samenstrangs in toto schrumpft die Prostata, was makroscopisch und mikroscopisch deutlich sichtbar ist — doch scheint die Atrophie der Prostata nach doppelseitiger Castration schneller fortzuschreiten. Die einseitige Durchschneidung des Samenstrangs in toto hat keinen Erfolg. Eine Gangrän der Hoden trat nicht ein, Sackur hat allerdings nur 4 Thiere untersucht. Eine doppelseitige Durchtrennung einzelner Theile des Samenstranges, wie der Samenleiter oder der N. spermatici hatte deutliche Schrumpfung zur Folge. Eine einseitige Durchtrennung der Theile hatte keinen Erfolg.

Ferner hat Sackur constatirt, dass bei seinen Hunden nach doppelter Durchtrennung der Samenleiter die Geschlechtslust und die potentia coeundi bis 3 Wochen nach der Operation erhalten blieb. Beim Menschen scheint nach Helferich und Englisch das Cohabitationsvermögen noch Monate lang vorhanden zu sein.

Die Erfolge der Castration hat man bis jetzt mit den intimen Beziehungen zu erklären versucht, die zwischen Hoden und Prostata bestehen.

Die rasche Verkleinerung der Prostata in den ersten Tagen wird wohl mit Recht von allen Autoren durch die Verminderung des Blutgehalts erklärt. Aber dann? Die weitere Verkleinerung wird als durch Nerveneinfluss bedingt angesehen. In der Arbeit von Dr. Sackur fand ich nun eine Theorie, die ich Ihnen meine Herren, gerne mittheilen möchte, da sie viel Interessantes bietet. Sackur hat die Beobachtung gemacht, dass bei Thieren die Schrumpfung der Prostata ausbleibt wenn sich der durchtrennte Samenstrang resp. Samenleiter durch einen feinen Strang wieder vereinigte. Er meint nun, dass es kaum denkbar ist, dass bei einer Vereinigung der Samenleiterwände sich auch so schnell die feinen Nerven herstellen können, dass dadurch die Schrumpfung der Prostata verhindert werden könnte. Er schliesst daraus, dass nur der Verschluss der Hodenausführungsgänge die Atrophie der Hoden und der Prostata veranlasse, und dass die Prostata nur schrumpfe auf Grund des Fortfalls der Hodenfunction. Leider sind ihm seine Versuche die Hodenausführungsgänge nach aussen zu leiten und auf diese Weise die Hodenfunction zu erhalten und dann zu beobachten ob die Prostata schrumpfe oder nicht, nicht gelungen, da er trotz sorgfältiger Behandlung die Fisteln nicht länger als 6 Tage offen halten konnte.

Für viele Drüsen des Körpers z. B. Pancreas, Schilddrüse ist es wahrscheinlich, dass sie ausser der Ausscheidung ihrer eigenthümlichen Secrete auch noch die Aufgabe haben von ihnen gebildete Substanzen selbst dem Körper zuzuführen — in diese Rubrik will Sackur auch den Hoden setzen. Sind die Hoden nun aus irgend

welchen Gründen entfernt, so machen sich Ausfallserscheinungen bemerkbar, beim jugendlichen Individuum Verlust des männlichen Typus, beim entwickelten Manne Rückbildung der Prostata und Samenbläschen. Dieses ist seine Hypothese und auf Grund dieser Hypothese erklärt er dann ganz zwanglos die Hypertrophie des zurückgebliebenen Hodens nach einseitiger Castration und das Erhaltenbleiben der Prostatahypertrophie, ebenso den beobachteten geistigen und körperlichen Verfall vieler Operirter und mancher Todesfälle die einfach an Apathie ohne besondere sonstige Krankheitsursache zu Grunde gehen. In solchen Fällen hält er auf Grund der Hypothese eine Gewebssafttherapie für empfehlenswerth, da eine solche eventuell die Ausfallserscheinungen bekämpfen könnte und empfiehlt Versuche mit Brown-Sequard'schen Hodensaft oder Pöhl'schem Spermin.

Auf Grund der Literaturangaben glaube ich, dass es durchaus seine Berechtigung hat Prostatikern eine Operation im Sinne Whites vorzuschlagen, nur muss man nicht ausser Acht lassen, dass sie keineswegs ungefährlich ist (18% Mortalität nach White!) und ein sicherer Erfolg nicht versprochen werden kann, da ja nach Bruns bei etwa einem Drittel der Erfolg ausbleibt. Was den Modus anbetrifft, ob Castration oder Resection, so würde ich mich immer für die Resection entscheiden, denn 1) ist es ein kleiner Eingriff der ohne Narcose gemacht werden kann und wo Bettruhe nach der Operation überhaupt nicht nöthig ist und 2) wirkt die Resection nicht so stark auf die Psyche, das sichtbare Zeichen der Mannheit bleibt ja erhalten wenn auch functionsunfähig, 3) bleibt ja im Nothfall immer noch die Möglichkeit später die Castration auszuführen, obgleich meiner Ansicht nach eine Castration, wo eine Resection nichts geholfen hat auch nichts mehr nützen wird. — Dass der Heilerfolg bei der Resection eventuell länger auf sich warten lässt als bei der Castration ist für mich kein Grund den schwereren Eingriff zu wählen.

Referate.

J. Gad und E. Flatau: Ueber die gröbere Localisation der für verschiedene Körpertheile bestimmten motorischen Bahnen im Rückenmark. (Neurologisch. Centralblatt Nr. 11 u. 12, 1897).

Die an Hunden ausgeführten Versuche bestätigen «nicht nur die Ansicht, dass die weisse Rückenmarksubstanz überhaupt elektrisch reizbar ist, sondern sie beweisen dies speciell für intercentrale Leitungsbahnen und namentlich auch für die Pyramidenbahnen des Rückenmarkes. Der Rückenmarksquerschnitt überhaupt und die Pyramidenbahnen im Besonderen haben eine bemerkenswerthe topographische Differenzirbarkeit durch elektrische Reizung bekundet. Auf Grund methodisch durchgeführter Abstufung der Reizstärke sowohl in Bezug auf Stromintensität als auch in Bezug auf Reizdauer, kommt man zu der Ansicht, dass die für naheliegende Körpertheile bestimmten motorischen Fasern unweit der grauen Substanz der Vorderhörner liegen, dass dagegen die für weit entfernte Körpertheile bestimmten Pyramidenfasern im Seitenstrang weiter nach hinten und nach der Peripherie hin ihre Lage haben. Diese letzte Thatsache würde mit der sich immer mehr verbreitenden Ansicht übereinstimmen, dass die kurzen Fasern des Rückenmarkes unweit der grauen Substanz verlaufen, die längeren dagegen sich mehr der peripherischen Randzonen bedienen». Michelson.

XII. internationaler medicinischer Congress.

Section für innere Medicin.

Prof. Brault (Paris): Die klinische Classification der Nephritiden.

Die pathologisch-anatomische Classification der Nephritiden genügt nicht den Bedürfnissen der Klinik und der Praxis. Der Arzt muss die grösste Aufmerksamkeit auf die Symptome und die Ursachen der Krankheiten lenken. Ist es gelungen die Ursachen festzustellen, so lässt sich fast stets der Verlauf der Krankheit feststellen und durch eine zweckmässige und rationelle Therapie eine Besserung resp. Heilung erzielen. — An den sich daran schliessenden Debatten betheiligten sich Crocq (Brüssel) Senator (Berlin) Pavlinoff (Moskau) und Gerhardt (Berlin).

Pavlinoff sprach darauf über die Aetiologie der chronischen Nephritis und suchte nachzuweisen, dass die Scarlatina viel häufiger, als man gewohnt ist anzunehmen, eine schwerwiegende Rolle in der Aetiologie der Nephritiden spielt.

Brault proponirt daher in allen Kliniken eine aetiologische Nomenclatur der Nephritiden einzuführen und möchte folgende Eintheilung vorschlagen:
1) Nephritiden transitorischer Art.
2) Acute Nephritiden.
3) Langdauernde oder subacute Formen.
4) Chronische Formen.

Le Gendre (Paris) hielt darauf einen längeren Vortrag über das Entstehen der Fettleibigkeit. Die Lebensweise, eine gewisse Zusammensetzung der Nahrung, einige Krankheiten, prädisponiren zweifellos den Organismus zu einer vermehrten Fettbildung, zu einer Verminderung des Stoffwechsels und zu einem erhöhten Fettansatz. = Aber diese Momente genügen nicht uns den physiologischen Vorgang desselben zu erklären. In einer seiner letzten Arbeiten weist vielmehr der Chemiker Hanriot nach, dass im menschlichen Blute ein Ferment circulirt, das er Lipase nennt, und welches im hohen Grade die Fähigkeit besitzt Fette zu verseifen und auf diese Weise die Oxydation derselben zu fördern und ihre Verbrennung und Ausscheidung aus dem Organismus zu beschleunigen.

Die Abwesenheit dieses Fermentes ist die wichtigste wenn nicht die einzige Ursache der Fettleibigkeit. Dass der eine Organismus von diesem Ferment mehr besitzt, als der andere, liegt sicher daran, dass die Erblichkeit hier eine sehr wichtige Rolle spielt: es giebt unzählige Beispiele, aus denen ersichtlich ist, dass eine aussergewöhnliche Fettleibigkeit angeerbt worden ist. Andererseits kommt auch dem Einfluss des Nervensystems eine grosse Bedeutung zu. Bei Hysterischen findet man nicht selten, dass mit Vorschreiten der Krankheit auch die Fettleibigkeit zunimmt. Neuralgien, Lähmungen etc. können auch der Obesitas Vorschub leisten. — Der Einfluss dieser beiden Factoren, nämlich die Erblichkeit und der Zustand des Nervensystems bedingen eine verminderte Bildung der Lipase im Blutserum und folglich einen übermässigen Fettansatz. Es folgte hierauf eine Demonstration von

Grunmach (Berlin) welcher in einer Reihe von schöngelungenen Aufnahmen mit Hülfe der Röntgen-Strahlen bewies, dass in Fällen, wo die bisher bekannten physikalischen Untersuchungsmethoden im Stiche gelassen hatten, dieses Verfahren doch im Stande war, nicht nur Aortenaneurysmen, sondern auch Lungentuberculose, Lebercirrhose, Herzaffectionen, Nierensteine, Hydronephrose nachzuweisen.

W. Ebstein (Göttingen). Ueber die Pathogenese der Harnsteine. Die Entstehung aller Harnsteine setzt die Anwesenheit einer organischen (eiweissartigen) Substanz voraus, welche bereits für die Bildung des Kerns — wofern dieser nicht aus einem Fremdkörper besteht — unerlässlich ist. Dieses eiweissartige Material, welches in verschiedener Weise von dem Organismus der Steinkranken gebildet wird, liefert, wie für die Bildung des Steinkerns, so auch für das Wachsthum der Harnsteine, neben den sogen. Steinbildern (Harnsäure und ihre Verbindungen, Oxalaten, Phosphaten etc.), die nie fehlende Grundlage, sowohl für die kleinsten, wie für die grössten Harnkonkremente, von Harnsand bis zu den grossen Steinen, die Gegenstand operativer Behandlung werden. Das Wachsthum der Harnsteine — und dies ist der weitere Fundamentalsatz meiner Erfahrungen über die Pathogenese der Harnsteine — vollzieht sich stets durch Apposition, und zwar theils durch concentrisch schaligen radialfaserigen Aufbau, theils durch die Anlagerung krystallinischer, ungeordneter, wirrer Massen, theils durch die Kombination beider Vorgänge, aber unter allen Umständen unter Mitbetheiligung der erwähnten organischen (eiweissartigen) Substanz. Versiegt diese, so hört das Wachsthum der Harnsteine auf. Der Beweis für die Richtigkeit dieser Lehre wird nicht nur erbracht durch das Studium der Harnsteine der Menschen und der Thiere mittels der chemischen Untersuchung der Harnsteine, des Studiums von Dünnschliffen der Harnsteine und durch die Herstellung des in seiner Grösse, Form und Art des Aufbaues den Harnsteinen völlig entsprechenden Gerüstes; sondern besonders auch durch die Möglichkeit, durch die Fütterung von Oxamid bei Thieren experimentell Harnsteine zu erzeugen, welche in ihrer Entstehung ihrem Wachsthum und in ihrem Aufbau vollkommen mit den gewöhnlichen Harnsteinen übereinstimmen. Diese von mir in Gemeinschaft mit Prof. Nicolaier entdeckte, nun mehr bestätigte experimentelle Erzeugung von Oxamidharnsteinen gestattet nicht nur einen klaren Einblick in das Werden und

Wachsen der Harnsteine, sondern auch in die Entwickelung der von den Harnsteinen veranlassten Symptome. Meine und Prof. Nicolaier's weiteren Studien, betreffend die Ausscheidung der Harnsäure durch die Nieren, dürfen über dies auch im Stande sein, das Verständniss für die Bildung der ersten Anfänge der Harnsäure-Konkremente in den Nieren zu erleichtern. K.

Section XIII. Geburtshilfe und Gynaekologie.

Sitzung am 8. August.

Als Thema für die erste Sitzung war die Symphyseotomie welche auch schon auf dem Congress in Rom auf der Tagesordnung gestanden hatte, bestimmt worden.

Varnier (Paris) und Zweifel (Leipzig) behandelten in längerer Rede die Indicationen, Technik und Prognose der Operation. Die Ausführungen beider Redner gipfelten in dem Punkte, dass die Symphyseotomie bei nicht zu engen Becken und richtiger Indicationstellung ausgeführt gute Resultate für Mutter und Kind ergiebt, daher das Bürgerrecht in der Geburtshilfe vollständig wiedererlangt habe und durch keine andere Operation wieder verdrängt werden könne. Bedeutendere Weichtheilverletzungen können vermieden werden, wenn vor der Extraction der Eintritt des Kopfes im Becken abgewartet wird. Zweifel empfiehlt den Querschnitt über der Symphyse und offene Wundbehandlung vermittelst Tamponade der vorderen und hinteren Tasche, da eine prima int. sich bei vollständiger Vereinigung durch die Naht nicht erzielen lässt. Dadurch wird auch am besten der septischen Infection, in welcher beide Autoren die Hauptgefahr sehen, vorgebeugt. Gehstörungen bleiben nicht zurück. In der Discussion an welcher sich Küstner, La Torre und Diamant betheiligen, hebt Küstner hervor, dass die Symphyseotomie in technischer Beziehung entschieden eine schwierigere Operation ist als der Kaiserschnitt, welchen jeder praktische Arzt, welcher einige Cöliotomien gemacht hat auszuführen im Stande ist.

Das 2. Thema: «Die Colpotomie bei Adnexerkrankungen, Lageveränderungen und Neubildungen des Uterus» wurde nur von 2 Rednern Dührssen und Martin (Berlin) behandelt, weil die übrigen 3 Referenten für dieses Thema nicht erschienen waren.

Dührssen bezeichnet die Colpo-Coeliotomia anterior für eine ungefährliche Operation, deren Heilresultate bei Retroflexionen und Vaginalvorfällen sehr gute sind. Die Furcht vor Complicationen bei eintretender Schwangerschaft ist bei richtig ausgeführter Operation unbegründet. Bei Eiterungen in den Beckenorganen ist die Ovarialsubstanz nach Möglichkeit zu schonen, bei Erkrankungen der Tube kann energischer vorgegangen werden. Bei Neubildungen findet die Operation ihre Grenze in der Grösse der Geschwulst. D. räth über Faust grosse Myome nicht durch vaginale Coeliotomie zu entfernen. Die vaginale Coeliotomie kann in 50—70% an Stelle der centralen gesetzt werden, sie gewährt ausserdem in Gegensatz zur «Castration uterine» die Möglichkeit die weiblichen Organe zu schonen.

Martin kann die Colpotomie in denjenigen Fällen, in welchen die Pelviperitonitis im wesentlichen auf die hintere Fläche des Uterus und den angrenzenden Theil des lig. latum, auf die hier verwachsenen Adnexorgane beschränkt ist, wenn die medicamentöse Behandlung sich als erfolgreich erwiesen hat, lebhaft empfehlen. Ueber die Vortheile des vorderen oder hinteren Scheidenschnittes spricht Redner sich nicht viel aus. Die Grenzen sind dem vaginalen Wege gesetzt durch Festigkeit und Ausdehnung der Verwachsungen, sowie durch Complicationen mit umfangreichen Geschwulstbildungen. Die Erfahrung muss erst lehren, wann der vaginale Weg einzuschlagen ist und in welchen Fällen dem centralen der Vorzug zu geben ist.

In der Discussion spricht sich Pischerin für vaginale Coeliotomie aus. Der besseren Uebersicht wegen führt er einen Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe aus, an dessen beiden Enden in sagittaler Richtung verlaufende Schnitte hinzugefügt werden. Zweifel ist im Allgemeinen für die centrale Methode wegen der grösseren Uebersichtlichkeit und geringerer Gefahr der Nebenverletzungen. Z. ist ebenso wie Küstner der Meinung, dass wenn eine vollständige Asepsis zu erreichen sein wird (sterile Handschuhe) die Resultate der centralen Methode denjenigen der vaginalen nicht nachstehen werden.

Ohlshausen ist der Ansicht, dass die Asepsis nicht der einzige Unterschied in den Resultaten ist. Bei den vaginalen Operationen ist weniger Shokwirkung zu befürchten, ferner wird bei den vaginalen Operationen nicht in der Bauchhöhle, sondern ausserhalb derselben operirt. Dobbert.

Section für Ophthalmologie.

I. Sitzung am 8. August Morgens 9 Uhr
(in der Universitäts-Augenklinik).

Der Einführende Prof. Krjukow begrüsst die versammelten Fachgenossen und giebt einen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Ophthalmologie an der Moskauer Universität (in französischer Sprache).

Prof. Jawetzky überbringt der Section den Willkommgruss des Moskauer Ophthalmolog. Vereins (in deutscher Sprache) und überreicht den Mitgliedern derselben als Festgabe einen Bericht über die bisherige Thätigkeit dieses Vereins.

Prof. Hirschberg entbietet der Versammlung den Gruss der Berliner Ophthalmolog. Gesellschaft.

Alsdann werden unter lebhaftem Beifall die Namen der zu Ehrenpräsidenten und Ehrensecretären erwählten Vertreter der verschiedenen Länder verlesen. — Prof. Knapp (New-York) übernimmt das Präsidium. Das wissenschaftliche Programm beginnt mit dem Referate Prof. Uhthoff's (Breslau): Ueber die Bakteriologie der Hornhaut- und Bindehautentzündungen, woran sich eine recht lebhafte Discussion schliesst.

Es folgen die Vorträge von:

Staewer (Bochum): Ein Beitrag zur Aetiologie der Keratitis

Elschnig (Wien): Zur patholog. Anatomie der Keratitis suppurativa.

Vignes (Paris): De la valeur comparative des divers traitements proposés contre l'asthenopie musculaire.

Deyl (Prag): Ueber eine neue Erklärung der Stauungspapille.

(Schluss der Sitzung $12\frac{1}{2}$ Uhr.)

II. Sitzung am 8. August.
Nachm. $1\frac{1}{2}$ Uhr.
Präsident Dr. Vignes (Paris).

Schanz (Dresden): Zur Entwickelung des Chiasma.

Es folgen:

Knapp (New-York): Betrachtungen über die Staaroperation, auf Grund einer umfangreichen Statistik neuer Beobachtungen.

Pflüger (Bern): Ueber Verhütung des Prolapsus iridis bei der Extractio simplex des Altersstaares;
(beide Vorträge werden gemeinsam discutirt.)

ferner:

Nieden (Bochum): Ueber den Einfluss der Anchylostomiasis auf das Auge.

Baudry (Lille): Demonstration d'un procédé facile et certain de provoquer la diplopie monoculaire à l'aide du prisme simple.

(Schluss der Sitzung $4\frac{1}{2}$ Uhr.) B.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 2. October 1896.

1) Dr. Dahlfeld demonstrirt einen Fall von Mitbewegung des Levator palpebrae superioris bei Bewegungen des Mundes, besonders bei Seitwärtsbewegung des Unterkiefers durch Action der mm. pterygoides. Die vorgestellte Pat. weist für gewöhnlich eine leichte Ptosis links auf, bei Bewegungen des Mundes, besonders bei Kaubewegungen, hebt sich links das obere Augenlid und die leicht verengte Lidspalte wird der der anderen Seite gleich, ja sogar weiter. Da die mm. pterygoides bei der Kaubewegung einen wesentlichen Antheil haben, ist die Affection beim Essen besonders auffallend. Die ersten derartigen Beobachtungen finden sich in der englischen Literatur. Vortr. hat dasselbe schon ausser diesem Falle einmal bei einem kleinen Kinde beobachtet.

2. Dr. Gilbert über «Inversio uteri post partum» (erscheint im Druck).

Dr. Treymann betont die grosse Seltenheit der Inv. ut. post. part., die ihm nur in einem, günstig verlaufendem Falle zur Beobachtung gekommen sei: nach sofort vorgenommener Reposition, die manuell fixirt wurde, bis durch heisse Irrigationen der Uterus zur Contraction gebracht war, hörte die Blutung auf. Bei der ungemein plötzlichen und raschen Entstehung der Inv. sei es schwierig, sich vom Mechanismus ihrer Entstehung eine exacte Vorstellung zu bilden. Er erblickt in seinem Falle eine Bestätigung der vom Vortr. angeführten Ansichten Schauta's, wonach nothwendige Bedingung zum Zustande kommen der Inv. eine hochgradige Erschlaffung der Uterusmusculatur sei.

Dr. Rulle hat ebenfalls einen, nach erfolgreicher Reposition glücklich verlaufenen Fall beobachtet. Er richtet an Dr. Treymann die Frage, ob ihm bekannt sei, wie das Häufigkeitsverhältniss der Inv. in England und America, wo bei der Geburt die Seitenlage üblich sei, sich stelle. Seiner Ansicht nach sei eine nothwendige Vorbedingung für die Entstehung der Inv. ein Zusammenfallen der Längsaxe des Uterus mit der Richtung des intra abdominalen Druckes. Das könne beim Partus in der Seitenlage weniger leicht vorkommen und müsse man daher eine geringere Frequenz der Inv. hierbei erwarten.

Dr. Treymann stehen keine genauen Daten darüber zur Verfügung. A priori erscheine es wohl möglich, dass die Seitenlage weniger leicht die accidentellen Bedingungen zur Entstehung der Inv. ut. biete. Wesentliche Bedingung jedoch sei immer die Erschlaffung des Organs.

3. Dr. Heerwagen referirt über Arbeiten, welche während des verflossenen Jahres begonnen sind, um Daten über die Verunreinigung des Dünastromes durch den neuausgeführten Canal, der die früher der rothen Düna zugehenden Abwässer nunmehr direct der grossen Düna übergiebt, sowie über die Fähigkeit des Dünastromes zur Selbstreinigung, zu gewinnen; dieselben sollen in umfangreichster Weise fortgeführt werden.

Die Menge organischer Substanzen, welche in der Gegend des Andreashafens und beim Elevator durch den Stadtcanal der Düna zugeführt werden, ist 1893 auf 523 Kilo pro Tag berechnet worden. Wie verhält sich nun die Wassermasse der Düna zu dieser starken Zufuhr organischer Substanzen? Auf Veranlassung der Sanitätscommission seien zur Ermittelung dieser Frage chemische Analysen verschiedener Wasserproben von den Herren Mag. Johanson und Cand. Helmboldt und bakteriologische Keimzählungen von den Herren DDr. Krannhals und Lossky ausgeführt worden.

Dieselben erstreckten sich auf 5 Serien von Proben aus der Strecke zwischen dem Ende des Andreasdammes und dem Vogelsholm. Die chem. Analyse wies nach, dass der Zufluss der genannten Abwässer (Stadtgraben + neuem Canal) die organischen Substanzen im Wasser der Düna in geringem Masse erhöhte, dass jedoch dieser Mehrgehalt an organ. Substanz ein sehr vorübergehender, bei dem Vogelsholm bereits völlig geschwunden ist; derselbe ist im ganzen nicht grösser als die natürlichen Schwankungen in der Zusammensetzung des Dünawassers zu verschiedenen Jahreszeiten.

Die bakteriologischen Keimzählungen ergaben als Durchschnittszahlen auf 1 cm³ Wasser: oberhalb des Andreashafens 3992 Keime, beim Andreashafen (Einmündung des Stadtcanals) 14826, beim Elevator (Einmündung des neuen Collectors) 18984. Ca. ½ Werst unterhalb der Collectormündung war die Keimzahl bereits wieder 9057, beim Vogelsholm 2666. Es sei also ersichtlich, dass der Keimgehalt des Dünawassers nach einer so colossalen Vermehrung nach einem Stromlaufe von nicht ganz 3 Werst auf beinahe ¹⁄₁₀ sinke. Andere Zuflüsse die der Strom bei der Stadt empfinge, liessen den Keimgehalt zwar immer noch höher erscheinen, als oberhalb der Stadt, wo am oberen Ende von Hasenholm sich nur 325 Keime im cm³ finden, immerhin aber gehe aus diesen Untersuchungen hervor, dass die dem Strom innewohnende Fähigkeit der Selbstreinigung eine sehr grosse sei, überraschender Weise grösser, als sie sich bei analogen Untersuchungen an Flüssen von weit grösserer Stromgeschwindigkeit, wie z. B. der Limat bei Zürich und dem Rhein bei Köln herausgestellt habe.

Präses richtet an Dr. Heerwagen die Frage, ob er in der Lage sei, über Art und Zweck der gegenwärtig am Weidendamm ausgeführten Arbeiten zu berichten?

Dr. Heerwagen: Die Arbeiten bezwecken die Herstellung eines grossen gemauerten Canals der längs dem Thronfolgerboulevard und Weidendamm verlaufend und sich mit dem Collector vereinigend, den Stadtcanal entlasten solle.

Dr. Blumenbach fragt aus welcher Wassertiefe die zur Untersuchung gelangten Proben des Dünawassers entnommen seien?

Dr. Heerwagen: 6 Zoll unter der Oberfläche.

Dr. Blumenbach betont, dass unter diesen Bedingungen die Resultate der Keimzählungen nicht ohne weiteres der Selbstreinigung des Flusses zuzuschreiben seien. Es könne doch bei dem langsamen Strom der Düna der grössere Theil zu Boden gesunken sein und so die Aenderung im Keimgehalt des Wassers nur eine scheinbare werden.

Dr. Heerwagen: Der Einwand sei allerdings zu berücksichtigen, jedoch kämen in praxi die einmal zu Boden gesunkenen Keime nicht weiter in Betracht. Wichtig sei das Resultat der chemischen Untersuchung, die eine nennenswerthe Verschmutzung des Wassers nicht nachweisen liesse, eine solche aber sicher erwarten lassen müsse, wenn nicht thatsächlich eine grosse Selbstreinigung des Flusses stattfinde bestehend in Vernichtung bezw. Oxydation der organischen Substanzen, die specifisch nicht schwerer seien als die Salze und daher, wo eine Vermehrung der letzteren an der Oberfläche angetroffen wird, ebenfalls nachweisbar sein müssten. Eine Fortsetzung der Untersuchungen durch Feststellung der Keimzahl in Querprofilen der Düna sei übrigens in Aussicht genommen, um von den Mischungsverhältnissen des verunreinigten mit dem reinen Dünawasser eine klare Vorstellung zu erhalten.

Dr. H. Schwartz macht geltend, dass die zu Boden gesunkenen Keime doch nicht so ganz als quantité négligeable zu betrachten seien, da sie doch in einem stark befahrenen Strom durch Vorbeipassiren tiefgehender Schiffe etc. stets wieder an die Oberfläche gebracht werden könnten. Von Interesse wäre es, zu ermitteln, ob die tieferen Niveaus einen annährend constanten Keimgehalt aufweisen, oder ob derselbe zu verschiedenen Zeiten nach derartigen äusseren Einflüssen schwanke.

Dr. Hampeln betont, sich dem von Dr. Blumenbach erhobenen Einwande anschliessend, die Möglichkeit einer Täuschung durch die scheinbar günstigen Resultate der bakteriolog. Untersuchung und ist der Ansicht, dass, bevor diese Täuschung elminirt sei, von einer Selbstreinigung des Stromes als einer feststehenden Thatsache nicht gesprochen werden könne. Gerade die auffallende Differenz der hiesigen Resultate gegenüber den an schnellströmenden Flüssen, wie die Limat etc. gewonnenen, weise darauf hin, dass die Langsamkeit des Stromlaufes hier von Einfluss sein könne.

Dr. Zwingmann: Die grösste Vermehrung der Keimzahl finde nach Zutritt des Wassers aus dem Andreashafen statt, also treffe die Hauptschuld den Stadtcanal. Er fragt Dr. Heerwagen, ob der Keimgehalt desselben bekannt sei und hält eine vergleichende Untersuchung desselben vor und nach seiner Entlastung durch den neuen Canal für nothwendig. — Ferner, ob der Keimgehalt des Leitungswassers bekannt und Dr. Heerwagen die Zahl gegenwärtig sei?

Dr. Heerwagen: Die letztere Zahl sei, in Uebereinstimmung mit dem Keimgehalt des Dünawassers oberhalb der Stadt ca. 300—400 pro ccm. Der Keimgehalt des Stadtcanals sei in der That ein colossaler, nach wiederholten Untersuchungen unterliege er grossen Schwankungen: Das Minimum sei seines Wissens ca. 130000—170000, das Maximum einmal 300000 pro ccm. nur von der rothen Düna mit 400000 pro ccm. einmal übertroffen. Er hoffe, dass Ausdehnung der Untersuchungen in dieser Richtung in nächster Zeit möglich sein würden. Der Forderung Dr. Hampeln's gegenüber dass ohne bakteriolog. Tiefenuntersuchungen von einer Selbstreinigung des Stromes als feststehender Thatsache nicht gesprochen werden dürfe, betont er, dass erstens im bakteriolog. Sinne die rapide Abnahme der Keime in den oberflächlichen Schichten des Dünawassers feststehe, somit für die obere Wasserschicht eine Selbstreinigung constatirt werden könne. Weder für den Rhein bei Köln noch für den Isar bei München existiren nach Kenntniss des Vortr. die von Dr. Hampeln geforderten Untersuchungen. Zur Beurtheilung der Verschmutzung eines Wassers durch gelöste organ. Substanz sei die chem. Untersuchung des Wassers 6 Zoll unter der Oberfläche ausreichend und massgebend; die überhaupt sehr geringe Verschmutzung der Düna sei aber bei der Vogelinsel schon wieder verschwunden — die Selbstreinigung des Stromes also auch eine unbestrittene Thatsache.

Dr. H. Schwartz
d. Z. Secr.

Vom XII. internationalen medicinischen Congress.

Moskau, den 8. (19) Aug. 1897.

Die festliche Vereinigung in den Gallerien der neuen Kaufhallen (верхніе ряды) am Abend des 7. August verlief auf das glänzendste. Von 9 Uhr abends an wogte eine Gesellschaft von ca. 10,000 Personen durch die festlich erleuchteten, reich geschmückten oberen und unteren Gallerien der prächtigen Kaufhallen. Auf zahlreichen Tischen war ein opulentes kaltes Abendessen servirt, Weine und Biere strömten aus schier unversieglichen Quellen. Mehrere Musikorchester, singende und tanzende Chöre von Kleinrussen, Kosaken, Zigeunern etc. boten der schaulustigen internationalen Gesellschaft ebenso treffliche wie characteristisch volksthümliche Leistungen ihrer Kunst. Die Festversammlung setzte sich aus allen am Congress betheiligten Nationen zusammen, doch war das Deutsche Element besonders zahlreich vertreten; unter den verschiedenen ausländischen Uniformen waren diejenigen der Deutschen Militärärzte am meisten zu sehen. Die Damenwelt war sowohl durch Aerztinnen, wie durch Frauen und Töchter der Congressmitglieder repräsentirt. Es wehrte nicht lange, so wurden auch die Nationalhymnen der verschiedenen Nationen auf stürmisches Verlangen des Publicums von den Orchestern intonirt. Es wechselten unter brausendem Beifall die russische, deutsche und österreichische Hymne mit der Marseillaise ab. Bis spät nach Mitternacht füllte die animirte, von der festlichen Veranstaltung sichtlich befriedigte collegiale Gesellschaft die weiten Festräume. B.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Aug. d. J. 7177 (131 mehr als in d. Vorw.), darunter 527 Typhus — (53 mehr), 822 Syphilis — (28 mehr), 134 Scharlach — (22 mehr) 162 Diphtherie — (28 mehr), 52 Masern — (12 wen.) und 25 Pockenkranke — (9 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. August 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
317	204	521	122	51	82	20	15	19	43	45	40	35	26	16	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 12, Diphtherie 29, Croup 2, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4. Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 57, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 9. Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 108, Todtgeborene 33.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

Schwester Elise Tennison, Невскiй просп. д. 138, кв. 3.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1896 über 883,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl. Wildunger Salz** ist ein künstl. **zum Theil unlösliches** Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:

Die Inspection der Wildunger Mineralquellen Actien-Gesellschaft.

(49) 12—8.

Schloss Marbach a/Bodensee

Temperenz-Sanatorium vornehmen Ranges für Nerven-, Alkohol- und Morphium-Kranke.

Dirig. Arzt: **Dr. Smith.**

АДМИНИСТРАЦІЯ

МАРІЕНБАДСКИХЪ МИНЕРАЛЬНЫХЪ ВОДЪ въ Богеміи.

рекомендуетъ вниманію гг. врачей **маріенбадскую натуральную соль, въ кристал. и въ порошкѣ, вполнѣзамѣняющую воду извѣстныхъ источниковъ Креста и Фердинанда** (1 граммъ порошкообр. соли = 116 грам. воды). **За образцами и литературой** интересующіеся благоволятъ обращаться къ **ниже поименованнымъ фирмамъ.**

Въ С. Петербургѣ: Русск. Общ. Торг. Аптек. Тов., Штоль и Шмитъ, Клосъ и Ко.

Въ Москвѣ: Карлъ Феррейнъ, А. Брунсъ, К. Эрмансъ.

Въ Вильнѣ: Торговый Домъ И. Б. Сегаль.

Въ Варшавѣ: Г. Кухаржевскій, Д-ръ Ѳ. Гейнрихъ, Лильпопъ и Трейтель, Л. Зиминскій.

Въ Кіевѣ: Южно-Русск. Общ. Торг. Аптек. Тов., А. Зейдель.

Въ Ригѣ: А. Г. Швейнфуртъ, А. Ѳ. Бушъ.

Въ Казани: Ф. Грахе.

Заказы на воды и соли Администрація проситъ направлять непосредственно:

An die Marienbader Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Böhmen),

или названнымъ фирмамъ **и только въ такомъ случаѣ принимаетъ на себя гарантію подлинности и неподдѣльности препаратовъ.**

TANNALBIN ist ein nach dem Verfahren von Prof. Gottlieb, Heidelberg dargestelltes **Tanninalbuminat**, 50% Gerbsäure enthaltend.

Vergleiche:

„Ueber die Wirkung des Tannalbin bei Darmkrankheiten der Kinder"

von **N. P. GUNDOBIN**, Privatdocent an der K. Russ. Militär-Akademie (Djetskaja Medizina 1897, Nr. 1).

Siehe auch die Veröffentlichungen über Tannalbin von:

Prof. O. Vierordt, Heidelberg
Primärarzt v. Engel, Brünn
K. Holzapfel, Strassburg
Kinderarzt Rey, Aachen
} **Deutsche Medicin. Wochenschrift 1896, Nr. 11, 25, 50, 1897, Nr. 3.**

ICHTHALBIN **Ichthyol-Albuminat.** Geschmack- u. geruchloses Ichthyol-Präparat.

Siehe Ber. Dr. A. Sack (Deutsche Medicin. Wochenschrift 1897, № 23).

Sonderabdrücke auf Wunsch zu Diensten durch die Herren:
Becker & Grube, St. Petersburg, Curt Larrass, Moskau.

Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Одесскіе Курорты. Изд. Л. А. Лисянскаго. Съ картою Одесскихъ лимановъ. 1897, Rbl. 1.00.

Пенцольдъ и Штинцингъ, Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Вып. 22: Отравленія, вып. 3-й. 1897 Rbl. 1.50.

Повторительный курсъ женскихъ болѣзней. Изд. 3-е. (Москва). 1897, Rbl. 0.55.

Рише, Т., Любовь (Психолог. этюдъ). Перев. съ франц. 1897, Rbl. 0.25.

Соколовъ, М., Къ вопросу о вліяніи метереологич. условій, въ особенности земнаго магнетизма на эпилептическіе припадки. 1897, Rbl. 0.60.

Baginsky, A., Arbeiten aus d. Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. Band III. Mit 26 Abbildungen. 1897, Rbl. 8.80.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Herausgegeben von P. Bruns.
Bd. XIX. Heft I. Mit Abbild. und 19 Tafeln. 1897, Rbl. 6.00.

Calot, Redressement des maux de Pott. 1897, Rbl. 0.45.

Clemow, F., The medicinal waters and muds of Russia. 1897, Rbl. 0.60.

do. The spread of cholera by water. 1897, Rbl. 0.40.

Engström, O., Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik. Bd. I. Heft 2: Festschrift dargebracht der IV. Versammlung Nordischer Chirurgen. 1897, Rbl. 2.20.

Fleury, M., Introduction à la médecine de l'esprit. Ed. II-ème. 1897, Rbl. 3.40.

Iung, C., Lehrbuch der zahnärztlichen Technik. Mit 199 Abbild. 1897, Rbl. 3.00.

Lejars, F., Le lavage du sang. 1897, Rbl. 0 60.

Migula, W., System der Bakterien. Bd. I: Allg. Theil. Mit 6 Tafeln. 1897, Rbl. 6.60.

Mittermaier, Das Heidelberger Tonnensystem, seine Begründung und Bedeutung. 1897, Rbl. 0.35.

Möbius, P., Ueber die Tabes. 1897, Rbl. 1.95.

Peter, C., Das Tentamen physicum. Theil I: Physiologie. 1897, Rbl. 1.10.

Pfluck, A., Stereoskopische Bilder. 24 Tafeln zum Gebrauch für Schielende. 1897. Rbl. 1.10.

Proust et Rallet, Hygiène du Neurasthénique. 1897, Rbl. 1.80.

Rühl, W., Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus. Mit 15 Abbildungen. 1897, Rbl. 1.10.

Stevenson, W., Wounds in war. The mechanism. of their production and their treatment. 1897, Rbl. 10.80.

Stöhr, A., Letzte Lebenseinheiten und ihr Verband in einem Keimplasma. 1897. Rbl. 2.75.

Ströhmberg, Ch., Ueber die sanitären Schäden der heutigen Frauentracht und die gegenwärtigen Bestrebungen einer Reform. 1897, Rbl. 0.10.

Stubenrath, F., Das Genus Sarcina in morpholog. biolog. und pathol. Beziehung mit besonderer Berücksichtigung d. Magensarcine. 1897, Rbl. 1.65.

Winckel, F., Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Entzündungen des Bauchfells und des benachbarten Zellgewebes. Mit 9 Abbild. 1897, Rbl. 1.30.

Довв. ценз. Спб. 16 Августа 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, 23. (4. Sept.) August 1897

Ueber die Indicationsstellung bei den Magendramkrankheiten der Säuglinge.

Von

A. Jürgensohn in Dwinsk.

Vortrag gehalten am 12. Decemb. 1896 auf dem Verein der Aerzte Ostkurlands.

Meine Herren!

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, um die Besprechung eines Themas anzuregen, das dieselbe gewiss ganz verdient. Ich meine die Indicationsstellung bei der Therapie der Magendarmkrankheiten des Säuglings. Es ist kein gerade neues Material das ich Ihnen bringe und wird Ihnen zum Theil gewiss schon bekannt sein, doch möchte ich versuchen das Erprobte, nach möglichst zweckmässigen Gesichtspunkten, wie sie sich für den praktischen Arzt ergeben, zu ordnen.

Als ich mich vor 4 Jahren hier niederliess, versuchte ich, angeregt durch die Lectüre von Biederts «Kinderernährung», mich zunächst auf dem Terrain, welches mein künftiges Arbeitsfeld sein sollte zu orientiren und bearbeitete nach dem vorhandenen officiellen Material die Frage der Sterblichkeit der Kinder in Dünaburg. Die Resultate meiner Arbeit habe ich damals in der Düna-Zeitung veröffentlicht und will sie hier nur ganz kurz erwähnen. Selbstverständlich war es wieder eine Bestätigung des alten Malthus'schen Satzes: die Ursache der Kindersterblichkeit liegt in der Vermehrung des Volkes über das Mass der vorhandenen Nahrungsmittel, oder präciser ausgedrückt: die Kindersterblichkeit ist direkt proportional der wirthschaftlichen Schwäche eines Volkes, einer Bevölkerungsgruppe, einer Stadt oder der einzelnen Familie. Das Schlussresultat in Zahlen ausgedrückt war folgendes: von 1000 Lebendgeborenen starben durchschnittlich

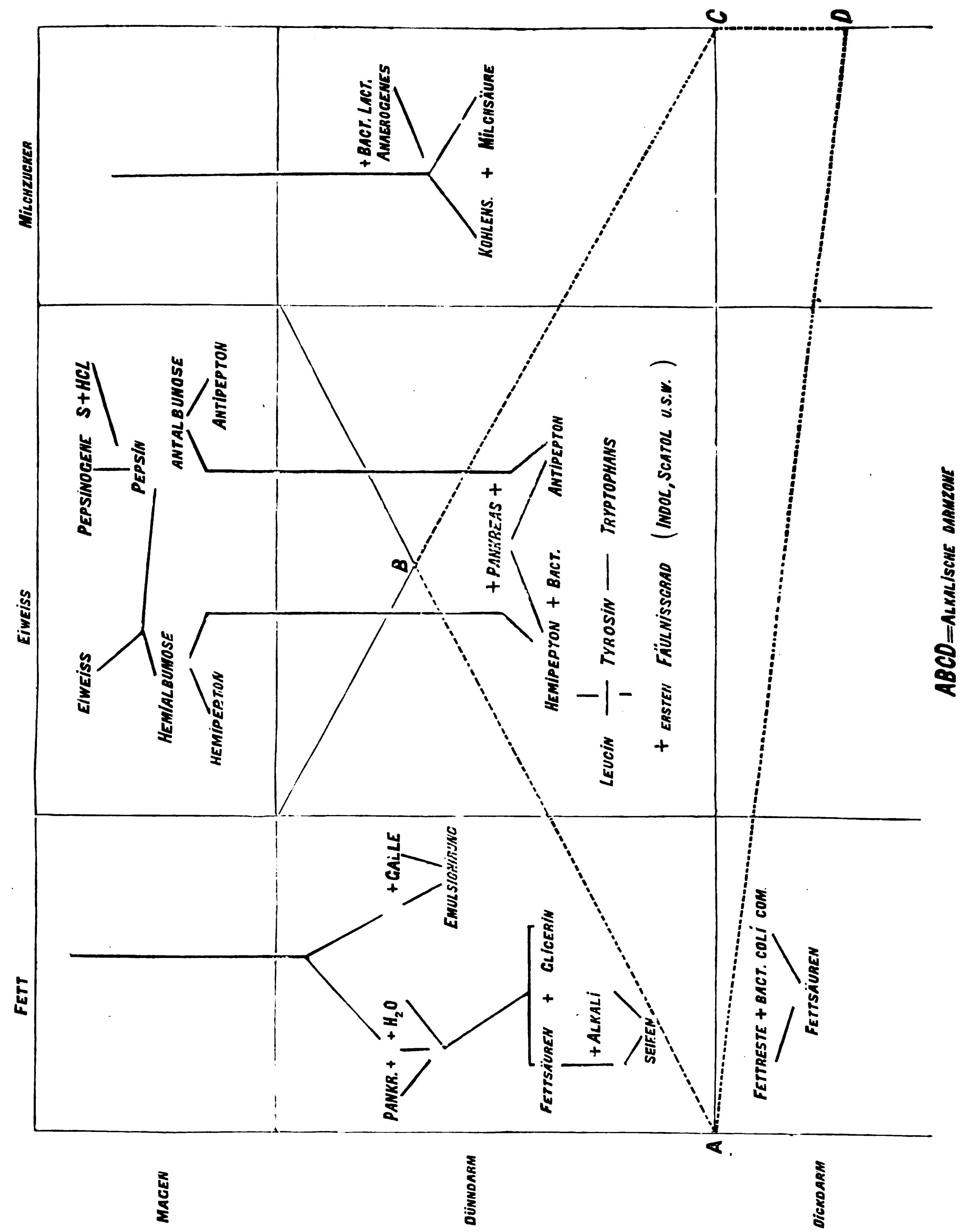
	Russen.	Deutsche.	Ebräer.	Kathol. Letten u. Polen.	Durchschnitt.
bis zum Ende des 1. Jahres	196	209	233	280	243
bis zum Ende des 5. Jahres	324	348	465	441	

Es führte zu weit alle Details wiederzugeben wie sich das Schwanken der Ziffern durch oekonomisch bessere und schlechtere Jahre verfolgen lässt und die besser situirten Bevölkerungsgruppen eine geringere Sterblichkeit haben als die anderen. In erster Linie sind es jedenfalls die Verdauungskrankheiten, die das Resultat bestimmen.

Damit sind wir an der Grenze des heutigen Themas angekommen: die Ursachen, welche das Erkranken und Sterben des Einzelindividuums bestimmen, zu suchen. Währed des Foetallebens wurden die zur Ernährung nöthigen Bestandtheile direkt aus dem Mutterblut übergeführt, nach der Geburt werden dieselben durch die Vermittelung der Drüsenthätigkeit ausgeschieden von wo sie durch diesen Umweg in den Verdauungstractus gelangen. Es ist erst den letzten Lustren vorbehalten gewesen in die Physiologie dieses Processes mehr Einblick zu gewinnen. Zeichnen wir ihn uns schematisch auf, so erfolgt der Abbau der Nährsubstanz der uns hier allein angeht in folgender Weise:

Anmerkuug: Die von Salkowski vertretene Ansicht dass, der Milchsäure die ihr hier zugeschriebene säuernde Stellung nicht ganz zukommt, sondern dass ihre Rolle die von Nuclein stammende Paranucleinsäure einnimmt ist bei der Tabelle nicht berücksichtigt, da sie durchaus noch nicht allgemein anerkannt ist.

Das Viereck ABCD, das Ende des Dünndarms und der Anfang des Dickdarms ist jener Theil wo die Milch- und Fettsäure dem alkalischen Darmsaft nicht mehr die Wage halten kann.



Hier werden die noch nicht zerschlagenen Eiweissmolecüle durch das Trypsin weiter zerlegt und der Verdauung zugeführt was nur bei alkalischer Reaction möglich ist, aber hier ist auch der locus minoris resistentiae, wo sich aus den noch unhydratisirten Eiweissresten, die bei der mangelhaften Pankreasthätigkeit der Neugeborenen recht umfangreich sind, Fäulniss bilden kann. Dabei wächst die mit ABCD bezeichnete, normale, alkalische Zone nach beiden Seiten bis schliesslich der grössere Theil des Dünndarmes und der ganze Dickdarm von ihr eingenommen werden. Dadurch erhalten die normalen Darmbacterien ganz andere Wachsthumsbedingungen, sie werden virulenter, lösen durch ihre Zerfallsproducte viel stärkere chemische Reize aus und Circulationsstörungen treten ein.

Auf diese Weise entsteht ein circulus vitiosus der den pathologischen Process in geometrischer Progression wachsen lässt, bis wir plötzlich vor den schweren und schwersten mit collosalen Darmepithel und Follikelläsionen verbundenen Krankheitsformen stehen. Die einzelnen Stadien sind leicht zu erkennen auch ohne Reactionsbestimmung. Im durchweg sauer reagirenden Darme färbt

das Urobilin den Stuhl gelb, sobald aber alkalische Reaction eintritt wird das Urobilin in grünes Biliverdin verwandelt. Aus der Intensität der Farbe, dem Zeitpunkte ihres Eintretens, vor oder nach der Entleerung, können wir ganz bequem sichere Schlüsse auf die Ausdehnung der alkalischen Darmzone schliessen.

Diese grünen, dyspeptischen Stühle sind etwas recht Gewöhnliches und treten häufig schon bald nach der Geburt auf, die vom Colostrum noch nicht ganz freie Milch wird in zu grossen Mengen, über 40—90 Cubcm. pro dosi im ersten Monat, in den Magen befördert und der unhydratisirte nicht resorptionsfähige Eiweissrest unterliegt der fauligen Gährung.

Zweitens liegt aber die Ursache auch vielfach an den Eigenschaften der Milch selbst die als Nahrung dient. Ist die Mutter anämisch und hat in Folge dessen schon keine ganz normale Verdauung, die durch unzweckmässige Hygiene und Diät noch vermehrt wird, so haben die Kinder wohl gewöhnlich bei der Geburt dieselben Eigenschaften, obgleich sie meist fett und schwer sind. Nach der Geburt liegen die Verhältnisse bei der Mutter durch Blutdruckveränderungen und weitere Schwächung des Nervensystems noch viel ungünstiger, ebenso beim Kinde das jetzt seine für den Kampf ums Dasein nicht genügende Verdauungsthätigkeit wirken lassen muss. Ist man sich darüber klar geworden, dass dieses die Grundursache, so ist auch eine Behandlung der Mutter die Hauptindication und zwar sind die Erfolge dieser Therapie meist eclatant. Ich habe Fälle gesehen wo Mütter deren Kinder früher immer Darmkrank waren und Ammen übergeben werden mussten, vollständig in den Stand gesetzt wurden bis zu Ende zu nähren und die Kinder vollständig kräftig entwickelt auf andere Nahrung übergehen zu lassen. Die Grundbehandlung ist dabei immer eine diätetische doch muss man auch häufig um schneller zum Ziele zu kommen zu Arzneien greifen, wobei mir acid. muriaticum dil. besonders prompte und gute Dienste geleistet hat. Von der Pariser Schule wird gegen die grünen Stühle eine Mixtur von Papain und Milchsäure als Specificum gegen den Bacillus der grünen Stühle empfohlen (nach Lesages b. fluorescens non lique faciens) dieselbe wirkt auch, wohl durch die Steigerung des Darminhaltes an Milchsäure ganz ansgezeichnet, doch muss man mit der Dosirung des Papain vorsichtig sein und es nicht auf nüchternen Magen geben: ich selbst habe einmal einen Fall von ulcus rotundum mit Blutbrechen erlebt, der allerdings auch wieder rasch heilte.

Gut haben es noch die Kinder, welche von der Mutter oder wenigstens einer Amme genährt werden. Häufig ist das aber der socialen Verhältnisse wegen unmöglich und es wird zu einer Ersatznahrung gegriffen. Hier wächst die Gefahr für das Kind mit der mehr oder weniger irrationellen Auswahl und namentlich auch der Anwendung des gewählten Mittels. Das beste ist noch die Stutenmilch, weil sie der Frauenmilch am ähnlichsten ist. Doch ist sie schwer zu beschaffen und den Hauptplatz nimmt immer die Kuhmilchernährung ein.

Es springen hier aber im Vergleich mit der Muttermilch sofort grosse Unterschiede in die Augen. Zunächst gleich beim Verhältniss zwischen Fett und Eiweiss.

	Muttermilch.	Kuhmilch [1]).
Eiweiss	1,9	3,5
Fett	3,0	3,6

[1]) Anmerkung. Die Angaben der Autoren im einzelnen verschieden weil die localen Verhältnisse immer ihre Rolle spielen.

Die erstere gerinnt in Folge dieser Zusammensetzung im Magen gut emulsionirt, während die letztere durch das mangelhaftere Zwischenlagern von Fett zwischen die Eiweissmolecüle und wahrscheinlich noch eine etwas andere Eiweisszusammensetzung in grossen, bröckligen, käsigen Klumpen im Magen niederfällt. Diese treten in den Darm über, reizen ihn mechanisch, verfallen der Fäulniss und vergrössern die alkalische Zone ins enorme, haben doch Kuhmilchkinder meist alkalische Stühle, da ausserdem noch das Corrigens der Fettsäurebildung auch in einem ungünstigen Verhältniss steht. Dies fordert zu Verbesserungsversuchen auf und die Versuche sind die mannigfaltigsten, zunächst einfache Verdünnung bis auf 1,9% Casein, dann sinkt aber nicht allein der Fett- sondern auch der Milchzuckergehalt in gleichem Verhältniss und die sauer reagirende Darmzone wird nur kürzer. Noch schlimmer steht es mit den Aschebestandtheilen, vom Gesammtantheil in % enthält.

	Kalk.	Phosphorsäure.
Menschenmilch	18,78	19,00
Kuhmilch	22,05	28,45
Kuhmilch + 3 Theil H_2O	5,51	7,11
Kuhmilch mit 1 Theil H_2O	11,02	14,23

Also viel weniger als die Muttermilch und jedenfalls auch zu wenig für den Aufbau des wachsenden Körpers.

Also noch schwieriger ist es hier der Causalindication zu genügen und die Nahrung der Leistungsfähigkeit des Verdauungskanales und zugleich dem Bedürfnisse des Stoffwechsels anzupassen.

Zunächst muss man auf die Nahrung der Thiere sehen von denen die Milch genommen wird. Trockenfutter und Mehlwasser, kein Grünfutter, besonders Blätter, keine Abfallreste die der Gährung unterliegen. Von den Präparationsmethoden ist ja unzweifelhaft die Biedert'sche, als Rahmgemenge bekannte, die beste. Sie hilft dem Uebelstande des ungünstigen Fett-Eiweissverhältnisses ab und den Salzmangel kann man in einer Richtung wenigstens durch Kalkwasserzuguss verbessern, doch ist es wohl noch besser sich nicht zu streng an das Präparationsschema zu halten, sondern in jedem einzelnen Falle, den chemischen Gehalt der Milch festzustellen und dann die Mischung den individuellen Verhältnissen des Kindes entsprechend zuzubereiten z. B. herrscht mehr Obstipation dann eine grössere Menge Fett und Zucker, u. s. w. Die Mühe lohnt jedesmal reichlich durch den Erfolg. Sterilisiren durch Kochen ist ja selbstverständlich und dort, wo nicht die nöthige Peinlichkeit in der Ausführung zu erwarten, am besten ein modificirter Soxleht-Apparat.

Für die medicamentöse Behandlung liegt, so lange sich der Krankheitsprocess noch in dem oben geschilderten Rahmen befindet, das heisst so lange noch keine Läsionen der Darmwand durch die chemischen Einwirkungen der Eiweisszerfallsproducte stattgefunden haben, auch keine besondere Indication vor. Höchstens noch dazwischen evacuirend zu wirken.

Doch ist es traditionell vielfach Arzneien zur Unterstützung anzuwenden. Der Erfolg derselben hängt nun wohl meist davon ab, ob sie der Indication entsprechend gewählt sind und ob der Arzt durch häufigen Gebrauch des Mittels die nöthige Routine in Dosirung und Zeitpunktbestimmung erlangt hat. Wird nun wie es manchmal vorkommt, der Schwerpunkt der Behandlung mehr auf die symptomatische mit Arzneien geschoben, so wird auch die Dauer des Heilungsprocesses eine längere werden, bis schliesslich bei gar zu geringer Berücksichtigung

der physiologischen Verhältnisse der Zustand chronisch wird und die Mitbetheiligung der erkrankten Darmwand sich geltend macht.

Ist es im Winter, so giebt er den Boden für die rhachitischen Formen ab. Ist es Sommer, so ist seine Verschlechterung quoad vitam schon bedeutend bedenklicher; entweder wird er rasch acut: cholera infantum oder mehr chronisch: Atrophie und Tabes mesaraica. Die Stühle werden immer häufiger und flüssiger, es tritt Erbrechen ein und plötzlich stehen wir vor dem Bilde des ausgesprochenen Brechdurchfalles. Werden wir zu einem solchen Falle gerufen, so müssen wir gewöhnlich sofort handeln um das aufs äusserste gefährdete Leben zu retten; und zwar sind es 3 Causalindicationen denen in erster Linie, meist allen auf einmal genügt werden muss.

Erstens die chemische Zersetzung und enorme Mikrobenvermehrung so rasch als möglich zu beseitigen, gleichgültig ob es ein neueingedrungener Typus seiner Art ist oder die schon vorhandenen durch das Günstigerwerden des Nährbodens eine erhöhte Virulenz erlangt haben, was wohl in der Regel der Fall sein wird. Da wir nun wissen, dass das Ende des Dünndarmes und der Anfang des Dickdarmes der Hauptheerd ist, so fangen wir gleich mit einer gründlichen Darmausspülung, Irrigator mit Darmsonde an. Ist Fieber vorhanden ca. 25—26° im algiden Stadium ca. 33—36°. Eine Reinigung von Bacterien und Toxinen bis über die Bauhini'sche Klappe hinaus ist dadurch sicher erreicht. Dann folgt eine Desinfection um die Weitervermehrung einzuschränken. Mir hat Salol hierbei die besten Dienste gethan, doch werden auch vielfach andere Mittel gebraucht, so namentlich Calomel.

Zweitens und drittens Hydrocephaloid und Nephritis die bei jedem schweren Falle vorhanden sind, letztere nach Arbeiten aus dem Kaiser Friedrich-Krankenhause mit 84% Eiweiss und 50% hyaliner Cylinder. Die Therapie besteht bei Beiden, da sie auf Flüssigkeitsverlust und Toxinwirkung basirt sind in Catanischen Enteroclysen und grösstmöglichen Flüssigkeitszufuhren per os zur Füllung der Gefässe und Durchspülung der schwer gereizten Organe, sowie hydrotherapeutischen Proceduren, auch ist beim Hydrocephaloid Congnac in ganz kleinen Gaben kaum zu entbehren.

Und zwar sind dies die einzigen Mittel die noch Erfolge erzielen. Die Diurese bestimmt die Prognose; ist es möglich das Blutgefässsystem wieder zu füllen und die Toxinwirkung zu paralysiren so ist es gut, wenn nicht, so ist der exitus letalis unvermeidlich. Meist benutzt man zur Enteroclyse physiologische Kochsalzlösung, doch muss man bei häufiger nothwendig werdender Wiederholung lieber reines Wasser benutzen da Kochsalz die rothen Blutkörperchen in grossen Mengen zerstört und dadurch progressive Anämie erzeugt.

Haben wir diesen 3 Indicationen genügt dann haben wir alles gethan. Wir haben es bei dieser Krankheit sehr in der Hand günstig einzuwirken, mehr jedenfalls als gewöhnlich angenommen wird, aber eben nur wenn wir schnell und causal handeln. Wird eine rein medicamentöse Behandlung auf der Basis des Desinficirens und Adstringirens eingeleitet so wird häufig die Zeit, in der die Zellen des Organismus noch reactionsfähig sind, verpasst und das Kind ist verloren. Die Hauptschuld in solchen Fällen tragen die jährlich zu Speculationszwecken auftauchenden neuen Industriepräparate, die wegen ihrer unübertrefflichen Wirkungen nicht nur durch die Reclame empfohlen werden. Sie leisten nicht was sie versprechen, namentlich da den Aerzten die Routine der Dosirung vollständig abgeht und dienen so nur dazu die Zahl der traurigen Resultate zu vermehren.

Ist die chronische Dyspepsie allmählich folliculär geworden und in Atrophie und Tabes mesaraica übergegangen, dann fordert der Zustand, ich möchte beinahe sagen, eine noch grössere Sorgfalt. Erfolge sind aber eigentlich nur bei einer Wiedereinführung der Muttermilchnahrung zu erwarten dafür aber auch dazwischen frappante. Ist es nicht möglich das durchzusetzen, so ist bei den sehr vorgeschrittenen Fällen der gewöhnliche Ausgang der Tod durch Gehirnanämie. Unruhe und Schlaflosigkeit bis das Coma eintritt. Als unerlässliche symptomatische Indication gilt jedenfalls die häufige Darmausspülung.

Meine Herren! der mir gesteckte Rahmen war zu eng um noch näher in das Detail, namentlich der Therapie, einzugehen und hoffe ich dasselbe durch die Discussion ergänzt zu sehen. Mich hat zur Wahl dieses Themas hauptsächlich die Ansicht veranlasst, dass es bei der Behandlung der Magendarmkrankheiten der Säuglinge, viel weniger auf eine auf allgemein antibacterieller Basis aufgebauten Behandlung ankommt, als vielmehr auf eine, nach möglichst präciser Diagnosenstellung auf dieser basirten Therapie, welcher als letztes Ziel die Ausschaltung der den Protoplasmatod durch Gerinnung herbeiführenden Toxine, Hebung der schon gesunkenen Zellthätigkeit und Entfernuug des todten Zellmaterials vorschwebt.

Auch durch die neueren und neuesten (Szögi) bacteriologischen Untersuchungen ist festgestellt worden, dass die Mikrobenflora des gesunden und kranken Säuglingsdarmes absolut dieselbe ist und die Ursache der Erkrankung in einem rein localen abnormen Chemismus mit folgender erhöhter Virulenz und Toxinbildung besteht, was sich mit der oben entwickelten Ansicht vollständig deckt und die Folgerungen noch wahrscheinlicher macht.

Jedenfalls kann ich nur empfehlen Versuche in dieser Richtung anzustellen. Mir hat die Mühe reichlich gelohnt durch bedeutend günstigere therapeutische Resultate.

Ein Fall von vernachlässigtem Pessar.

Von

Dr. Ernst Hoerschelmann in Jurjew (Dorpat).

Am 8. Juli a. c. hatte ich Gelegenheit ein Pessar zu entfernen, welches über vier Jahre ununterbrochen in der Vagina einer Frau gelegen hatte.

Die Geschichte des Falles ist folgende:

Patientin A. L. 56 a. n. Estin, seit 15 Jahren verwittwet, hatte ihre erste Periode mit 17 Jahren. Die Periode war vierwöchentlich, 4—5 tägig. Mit 20 Jahren heirathete Patientin und hat sechs Mal geboren. Sämmtliche Kinder sind am Leben. Abortirt hat Patientin nicht. Die letzte Geburt fand anno 1881 auf dem Lande nicht weit von Dorpat statt; sie dauerte 3 Tage und wurde das Kind in Steisslage geboren. Hülfe leistete ein altes Weib, welches mit beiden Händen an dem Kinde zog, während der Ehemann die Kreissende an den Schultern festhielt. Nach der Geburt war Patientin vier Wochen bettlägerig und datirten von dann an Beschwerden, derenwegen sie zehn Jahre später, am 3. October 1891, die Dorpater Frauenklinik aufsuchte. Daselbst wurde ihr wegen Retroflexio ein Hodgepessar eingeführt, ausserdem am 23. October eine Ausschabung gemacht und ein Dammdefect zweiten Grades nach Lawson-Tait operirt. (Klinisches Journal 1891 Nr. 301). Die Operationswunde war am 1. November per primam geheilt. Am 6. November wurde Patientin mit gut sitzendem Pessar entlassen. Am 15. April 1893 stellte sich Patientin in der Klinik wieder vor; das Pessar wurde herausgenommen, gereinigt und wiedereingeführt. Von dann an hat sie ihr Pessar bis zum 8. Juli 1897 ununterbrochen getragen. Inzwischen trat die Menopause ein. Bis zum Herbst 1896 machte das Pessar keine Beschwerden, nur Ausfluss bestand und wurde von der Frau mit Waschungen bekämpft. Scheidenspülungen hat sie nie gemacht. Im Herbst 1896 aber stellten sich Schmerzen im Unterleibe ein, die sich allmählich steigerten; auch wurde der Ausfluss stärker und übelriechend. Am 8. Juli c. consultirt Patientin mich und nehme ich folgenden Status auf.

Patientin ist von mittlerem Wuchs; Muskulatur und Fettpolster reducirt. Bauchdecken schlaff, am Abdomen nichts be-

sonderes nachweisbar. Am starken Damm eine in der Raphe verlaufende lineare Narbe von der plastischen Operation herrührend. An der Vulva, besonders in den Furchen neben der Clitoris mässiges Eczem. Aus der Vagina eitriger stinkender Ausfluss. In der Vagina befindet sich ein Hodgepessar, welches tadellos liegt. Der antevertirte Uterus ist senil involvirt. Bei dem Versuch das Pessar zu entfernen, erweist es sich als mit dem hinteren Bügel festhaftend. Nur mit Anwendung einer mässigen Gewalt lässt es sich unter lebhaften Schmerzensäusserungen seitens der Patientin, aber ohne nennenswerthe Blutung, zuerst auf die Kante stellen und extrahiren. Das Pessar ist aus Hartgummi, 11 cm. lang und am hinteren Bügel 7½ cm. breit.

Die am Tage darauf von mir mit Scheidenspiegeln vorgenommene Untersuchung ergiebt, dass die vorderen und seitlichen Vaginalpartien intact sind. An der ectropionirten hinteren Muttermundslippe linkerseits ein kleiner Substanzverlust. Im hinteren Scheidengewölbe findet sich entsprechend der Lage des Bügels eine Reihe granulirender Wundflächen, die seitlich die Grösse eines Zehnkopekenstückes erreichen, in der Mitte kleiner sind und weniger dicht stehen. — Der Uterus bleibt nach Herausnahme des Pessars dauernd in Mittelstellung.

Die Therapie bestand in Sublimatausspülungen und Einlegen von Jodoform-Glycerintampons, unter welcher Behandlung die Wunden rasch heilten und die Beschwerden prompt schwanden.

Fälle von vernachlässigten Pessarien sind nicht allzuselten. Auf dem 7. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynaecologie in Leipzig im Juni 1897 erwähnte Neugebauer, dass er die deletären Nebenwirkungen schlecht gewählter, vernachlässigter und vergessener Pessarien an der Hand einer Casuistik von über 300 Fällen zusammengestellt habe. Dennoch erscheint mir die Veröffentlichung eines derartigen Falles zu einer Zeit, wo über die Therapie der Retroflexio viel discutirt wird, nicht unberechtigt. Interessant ist der Fall insofern, als er beweist, dass die Vagina auch gegen ein vernachlässigtes Pessar, wenn es nur gut passt, lange Zeit tolerant ist; denn Patientin hat über drei Jahre ihr Pessar ohne Beschwerden getragen, obgleich sie nichtmal Ausspülungen machte.

Relativ leicht gelang die Entfernung des Pessars. In der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaecologie zu Köln demonstrirte am 7. Februar 1895 Pooth einen 10 cm. breiten runden Hohlring aus Hartgummi, den eine Frau wegen Prolaps durch fünf Jahre getragen hatte. Der Ring war so fest eingewachsen, dass er nur in Stücken aus der Scheide entfernt werden konnte. (Centralblatt für Gynaecologie 1895 Nr. 42 pag. 1115). Für Livland hat mein Fall endlich noch insofern ein locales Interesse, als die Geschichte der Geburt, welche die Veranlassung zur Entstehung des Dammdefectes und der Retroflexio gab, geeignet ist, ein Licht auf die landischen Hebammenverhältnisse zu werfen.

Referate.

R. Laudenheimer: Ueber das Verhalten der Bromsalze im Körper des Epileptikers, nebst Bemerkungen über den Stoffwechsel bei der Flechsig'schen Opium-Bromkur. (Neurolog. Centralblatt Nr. 12, 1897).

Die Versuche wurden an jungen, ausreichend und gleichmässig ernährten, sonst gesunden Epileptikern angestellt und ergaben übereinstimmend, dass enorme Quantitäten Bromalkali (BrNa) im Körper aufgespeichert wird. Nach einer gewissen Zeit der Bromzufuhr tritt eine Art Sättigung des Körpers mit Brom ein, indem, bei dauernder Zuführung von Bromsalz, die Bromausscheidung durch den Urin von Tag zu Tag steigt, bis schliesslich die tägliche Brom-Ausfuhr die Höhe der täglichen Einfuhr erreicht, das «Bromgleichgewicht» hergestellt ist. Die Höhe der Bromladung hängt ab nicht nur von der Höhe der Bromdosen, sondern auch noch von einem individuellen Factor. Hieraus erklärt es sich, dass erst nach längerem Bromgebrauch die Wirkung auf die epileptischen Anfälle eintritt, ferner dass diese, nachdem sie bei fortgesetztem Gebrauch einer bestimmten Bromdosis lange Zeit weggeblieben sind, sofort mit aller Heftigkeit wiederkehren können, wenn auch nur an einem einzigen Tage die Bromzufuhr verabsäumt worden ist. — An dem individuellen Factor dürfte der Gehalt des Blutes an Chloralkalien einen wesentlichen Antheil haben, da ja das Brommolekül in die Chlorverbindungen des Organismus eintritt, wobei Chlor verdrängt wird und zur Ausscheidung gelangt. Die schwere Herabsetzung des Kochsalzgehaltes des Körpers bei dauernder Bromanwendung giebt wahrscheinlich eine wesentliche Ursache für die Bromvergiftung ab. Es liegt daher nahe, das Kochsalz in dieser Hinsicht therapeutisch zu verwerthen. Thatsächlich wurde auch in einem Falle ein bromvertreibender Effect des Chlornatrium beobachtet. — Die Stickstoffausscheidung wird während der Bromkur nicht charakteristisch beeinflusst; in einzelnen Fällen wurde dauernd Eiweiss angesetzt. Die Ausscheidung der Phosphorsäure schien einige Mal an den ersten Tagen der Bromdarreichung etwas vermindert. — Ein merkwürdiger Antagonismus liess sich bei 2 Patienten in den Stoffwechselverhältnissen zur Zeit des epileptischen Anfalles und zur Zeit des beginnenden Bromgebrauches beobachten. An dem Tage des Anfalls und in den nächsten 24 Stunden war die relative Chlorausscheidung deutlich vermindert, die Phosphorsäureausscheidung etwas vermehrt; in den ersten Bromtagen dagegen stieg die Chlorausscheidung und sank die Phosphorsäureausscheidung. In einigen Fällen nahm die Urinmenge 1—2 Tage vor dem Anfalle jedes Mal stark ab, unter gleichzeitiger Steigerung des specifischen Gewichtes. Kurzdauernde psychische Aequivalente verhielten sich in dieser Beziehung ganz ebenso wie ausgebildete Krampfanfälle. — Bei mehreren Patienten, die der Flechsig'schen Opium-Bromtherapie unterworfen wurden, zeigte sich in der Opiumperiode eine auffällige Steigerung der Urinmenge. Die Abnahme des Körpergewichts war hierbei nur durch den Flüssigkeitsverlust, nicht durch Eiweissverlust bedingt. Die oben erwähnte präparoxysmelle Verminderung des Urinquantums fehlte während der Opiumdarreichung. Es ist die Annahme berechtigt, dass die Urinstauung auf einem tonischen Krampfe der Nierengefässmuskulatur beruht, auf welchen das Opium lähmend, mithin diuretisch wirkt. — In den Fäces werden 3—5% des dargereichten Broms ausgeschieden, gleichviel ob der Bromkur eine Opiumbehandlung vorausging oder nicht.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Проф. В. Н. Никитинъ: Болѣзни придаточныхъ носовыхъ полостей. С.-Петербургъ. Изданiе К. Л. Риккера. 1 897.

Vorliegendes 42 Seiten fassendes Büchlein enthält 5 Vorlesungen über die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase, die vom Verf. im Klinischen Institute der Grossfürstin Helene Pawlowna gehalten wurden. Es bildet einen Nachtrag zu den im Jahre 1891 bereits in 2. Auflage erschienenen Vorlesungen desselben Autors über die Erkrankungen der Nase. In gedrängter Kürze giebt Verf. eine klare Uebersicht über die Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie dieser Nebenhöhlen, soweit sie dem praktischen Arzt zu wissen nothwendig sind. Letzteren sowohl, wie den studirenden sei das Büchlein warm empfohlen.

A. Sacher.

XII. internationaler medicinischer Congress.

Section für Gynäkologie.

Sitzung am 9. August.

«Ueber äussere Untersuchung».

In beredten Worten schildert Leopold (Dresden) die Vorzüge der äusseren Untersuchung und hebt hervor, dass eine methodische Anwendung der 4 von ihm geübten Handgriffe eine genaue Diagnose der Kindslagen und des Geburtsverlaufes ermöglichen, so dass eine innere Untersuchung nur in pathologischen Fällen angewandt zu werden braucht.

Pinard (Paris). Der historischen Entwickelung der äusseren Untersuchung mit einleitenden Worten Erwähnung thuend, skizzirt P. die während der Schwangerschaft, im Verlaufe der Geburt und im Wochenbette durch die äussere Untersuchung bestimmbaren Momente. Redner hält es jedoch für nothwendig darauf aufmerksam zu machen, dass der äusseren Untersuchung Grenzen gesteckt sind und dass viele Zustände nur durch eine innere Untersuchung richtig erkannt und beurtheilt werden können.

«Ueber Sectio caesarea».

Ohlshausen (Berlin). Dank der vervollkommneten Technik, der gesammelten Erfahrung und einer richtigen Wahl des Zeitpunktes der Operation können heutzutage die Indicationen für den Kaiserschnitt bei engem Becken bedeutend erweitert werden. Manche früher als relativ bezeichnete Indicationen z. B. bei Eclampsie, Nephritis etc. können jetzt unter Umständen zu den absoluten gerechnet werden. Thatsache ist, dass wenn man abwartet die Frauen mehr gefährdet sind, als wenn man bei vorhandener Indication sofort operirt. G. verfügt über 29 an 26 Frauen ausgeführte Kaiserschnitte. Bei einer Pat. wurde der Kaiserschnitt 2 mal, bei zweien 3 mal ausgeführt. 2 Mütter starben. Die Kinder wurden alle lebend entwickelt, doch starben 3 von ihnen mehr weniger kurze Zeit nach der Geburt. In Bezug auf die Technik hält O. eine möglichst kurz andauernde Compression des unteren Uterusabschnittes durch die Hände eines Assistenten für wünschenswerth. Nahtmaterial — Sublimatcatgut.

Leopold spricht sich auch dahin aus, dass die Indicationen jetzt erweitert werden können. Er wendet kurz andauernde

Compression durch den Schlauch an. Für den praktischen Arzt werden frühzeitige Wendung und Extraction, desgleichen die Einleitung der künstlichen Frühgeburt noch immer ganz erwünschte Hilfsmittel bleiben. Die Symphyseotomie ist für den praktischen Arzt die schwierigere Operation, doch ist auch der Kaiserschnitt nicht leicht ausführbar.

v. Ott meint gleichfalls, dass die Indicationen für den Kaiserschnitt erweitert werden müssen. Er plaidirt für seitliche Compression der arteriellen Gefässe durch einen Assistenten. Nahtmaterial Seide.

In ähnlichem Sinne in Betreff der Indicationen des Kaiserschnittes sprachen sich Murdach, Cameron, Budin und Varnier aus. Zweifel hält den Kaiserschnitt auch für die weniger schwierige Operation, doch glaubt er, dass die Symphyseotomie die Operation der Zukunft ist.

Unter den für die Nachmittagstunden anberaumten Vorträgen beanspruchte das Thema «Die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden allgemeinen Peritonitis» das Hauptinteresse. Das Referat über dasselbe hatte v. Winckel (München) übernommen.

Nach den Ausführungen des Redners richtet sich die Art des chirurgischen Eingriffes nach den Ursachen der Peritonitis, welche in eine tuberkulöse, post-operative, gonorrhoische, puerperale und perforative eingetheilt werden kann. Die tuberculöse Peritonitis ist in allen ihren Formen durch die Coeliotomia abdominalis heilbar. Von Heilung kann nur dann gesprochen werden, wenn etwa 5 Jahre nach der Operation nirgendwo Recidive constatirt werden können. Der grösste Theil der Fälle ist zu kurze Zeit nach der Operation publicirt worden. Ob eine Auswaschung der Bauchhöhle vorzunehmen ist, bleibt noch unentschieden. Die Drainage der Bauchhöhle ist zu unterlassen. Die gonorrhoische Peritonitis indicirt nur bei vorhandenen grösseren Pyosalpinxsäcken die Coeliotomia abdom. um einer Perforationsperitonitis vorzubeugen. Die Bauchhöhle wird nur ausgetupft, nicht ausgespült. Gewöhnlich Verschluss der abdominalen oder vaginalen Wunde. Die postoperative Peritonitis diffussa indicirt die theilweise Wiedereröffnung des ursprünglichen Wundweges mit sorgfältiger Entleerung des Eiters. Ausspülungen der Bauchhöhle unterbleiben. Drainage ist unerlässlich. Die puerperale diffuse Peritonitis indicirt einen operativen Eingriff, sobald das eitrige Exsudat beträchtlich ist, aber Pleura und Pericard noch frei sind. Drainage.

Anderweitige Perforationsperitonitiden in Folge von Berstung sexueller Organe indiciren den Bauchschnitt sobald als möglich. Drainage ist nur bei Resten von Jaucheherden in der Bauch- oder Beckenhöhle unerlässlich, sonst völliger Verschluss der Bauchwunde.

Crestovich (Salonique) hält die baldmöglichste chirurgische Behandlung der acuten eitrigen Peritonitis, nach vorhergegangener Probepunction, für rationell. Vollständige Heilung ist möglich, wenn rechtzeitig eingegriffen wird. Misserfolge sind zum grössten Theil durch zu spätes Operiren zu erklären.

Sitzung am 11. August.

Für die während der Vormittagsstunden anberaumte Sitzung waren Vorträge über «die Serotherapie bei septischen Puerperalkrankheiten» festgesetzt. War das Interesse welches diesen Themen entgegengebracht wurde schon von vorne herein kein besonders reges, so wurde es noch dadurch bedeutend gemindert, dass die Vorträge nicht von den Autoren selbst gehalten, sondern von Herrn Pinard resp. Samschin verlesen wurden und dass in dem Saal mit schlechter Akustik durch fortwährendes Hin- und Hergehen das Hören noch bedeutend erschwert wurde. Beide Autoren sprachen sich recht reservirt über die durch die Serotherapie erzielten Resultate aus; es seien noch nicht genügend Anhaltspunkte vorhanden, um sich für oder gegen die Serumtherapie zu entscheiden.

Ein bei Weitem grösseres Interesse und eine rege Betheiligung an der Discussion hatte das für die Nachmittagstunden reservirte Thema: «Ein Vergleich der operativen Methoden zur Entfernung des Uteruscarcinoms in Bezug auf die Verhütung von Recidiven». Seinen Betrachtungen die anatomischen Verhältnisse der Lymphgefässe des Uterus zu Grunde legend, weist Gubarew (Jurjew) darauf hin, dass von der Vagina aus nicht alle Lymphdrüsen und Lymphgefässe entfernt werden können, was aber um einem Recidiv vorzubeugen eigentlich geschehen müsse. Von der Bauchhöhle aus können in Trendelenburg's Lagerung nicht nur die Drüsen, sondern auch das ganze Beckenzellgewebe leicht entfernt werden und kann daher durch diese Methode eher einem Recidiv vorgebeugt werden, als durch die Methode von Kraske und die Hysterotomia vaginalis.

Küstner hebt hervor, dass eine Statistik, welche nur auf brieflichen Nachrichten beruht, keinen Aufschluss über den wirklichen Zustand der Pat. zu geben im Stande ist. Unzweifelhaft ist, dass man von oben her radikaler vorgehen kann, doch ist der abdominale Weg der bedeutend gefährlichere. Bei beweglichem Uterus ist K. daher für Entfernung per vaginam. Bei Exstirpation per coeliotomiam giebt er der Tamponade durch die Bauchwunde nach Mikulicz vor völligem Verschluss oder Tamponade zur Scheide hin den Vorzug, desgleichen den Ligaturen vor den Klemmen.

v. Ott hat bei der vaginalen Methode nur 1% Mortalität zu verzeichnen. Bei solcher Ungefährlichkeit der Operation hält er es daher für angezeigt auch dann noch zu operiren, wenn man mit Bestimmtheit voraussetzen kann, dass eine Entfernung alles krankhaften nicht mehr möglich sein wird, um die Pat. für einige Zeit von ihrem Leiden zu befreien. Ligaturen aus Seide.

Ohlshausen. Nach dem heutigen Standpunkt unseres Wissens ist es richtiger nicht mehr zu operiren, wenn das Carcinom den Uterus überschritten hat. Quo Recidiv sind die Cervixcarcinome günstiger, als Portiocarcinome zu beurtheilen, bedingt durch die Anlage der Lymphgefässe. Die vaginale Methode kann heutzutage als der beste Weg bezeichnet werden; nur wenn Metastasen mitexstirpirt werden sollen, ist der ventrale Weg zu wählen. Ligaturen aus Catgut.

Dührssen. Mit der Doyen'schen Methode kann die Operation in 5—7 Min. beendet werden, auch verhindern die Klemmen nicht einen Verschluss der Bauchhöhle, weil hinter den Klemmen genäht werden kann; trotz alledem sind der eventuellen Nachblutungen wegen Ligaturen den Klemmen vorzuziehen.

Ein nicht minder animirter Meinungsaustausch schloss sich an den Vortrag von A. Clarke (Boston). «Die chirurgische Behandlung der Fibromyome des Uterus».

v. Ott sieht im Myom ein Neoplasma welches eine Entfernung indicirt. Die Indicationen zur operativen Behandlung sind jetzt weitere, als vor einigen Jahren. Bei absoluten Indicationen ist die schnelle Entfernung nothwendig, um das Leben der Pat. zu retten; aber auch bei relativen Indicationen, wo die Pat. noch nicht so bedeutende Beschwerden hat, ist O. für die Entfernung. Die günstigen, durch die vaginale Methode erzielten Resultate veranlassen O. dem vaginalen Wege mit oder ohne Marcellement den Vorzug zu geben.

Snegirew spricht sich für die Entfernung von Fibromen auf abdominalem Wege nach der von ihm modificirten Doyen'schen Methode aus.

La Torre. Das Myom ist kein Neoplasma. Durch verschiedene unblutige Mittel kann der Zustand der Pat. gebessert werden; nur bei vitalen Indicationen ist eine operative Entfernung nothwendig. Nicht nur die Geburtshelfer, sondern auch die Gynäkologen müssen darauf bedacht sein, den Frauen den Uterus zu erhalten, um Generationen hervorbringen zu können. Er ist der Meinung, dass nicht über die bessere Methode der Exstirpation discutirt werden müsse, sondern dass bestimmtere Indicationen zur Myomotomie auszuarbeiten seien.

Dührssen. Myome welche Blutungen und Schmerzen verursachen müssen auch wenn sie klein sind entfernt werden. Maligne Degeneration der Myome ist erwiesen. Verstümmelnde Operationen sind bei jungen Frauen zu vermeiden.

Ohlshausen. Die Indicationen für die Entfernung der Myome haben sich allerdings in letzter Zeit erweitert; im Wesentlichen steht O. jedoch auf dem Standpunkte La Torre's. Es werden zu viel Myome operirt und die Malignität derselben ist eine grosse Rarität. O. operirt kaum 16% der zu ihm zur Operation geschickten Pat. Augenblicklich sind wir noch nicht so weit, dass wir der operativen Behandlung weiten Spielraum gewähren können.

Sitzung am 12. August.

Doyen (Paris). «Ueber Totalexstirpation des Uterus und Colpotomie».

Aus dem äusserst fesselnden Vortrage D.'s geht hervor, dass er von den vaginalen Methoden der Colpotomia posterior den Vorzug vor der anterior giebt, was er durch die anatomische Lage der zu entfernenden Organe zu begründen suchte. Erweist es sich, dass die Adnexe zu sehr in Mitleidenschaft gezogen sind, so wird zur Totalexstirpation der Gebärmutter geschritten und ist die Colpotomie in solchen Fällen nur als Vorstufe der eigentlichen Operation zu betrachten. Nicht nur können auf diese Weise Eiterheerde eröffnet, sondern auch Tumoren im Lig. latum enucleirt und entfernt werden. Doch nicht in allen Fällen eignet sich die Colpotomia post. Bei Retroflexio uteri, Enucleation von Myomen etc. ist die Colpotomia anterior vorzuziehen. Redner geht ferner auf eine ausführliche Schilderung der Hysterectomia vaginalis et abdominalis nach der von ihm ausgebildeten Methode über und rühmt die mit der Klemmbehandlung erzielten guten Resultate bei genannten Operationen und das Weglassen der praeventiven Haemostase.

Martin zieht die Colpotomia ant. der posterior vor. Das Marcellement ist nicht sympathisch. Myome entfernt M. nur dann durch die Scheide, wenn sich der Entfernung derselben

keine besonderen Schwierigkeiten entgegensetzen, ist letzteres der Fall, so wird die Operation von der Bauchhöhle aus in **Angriff** genommen. Ohne praeventive Haemostase operirt M. **nur leichte** Fälle. Den günstigen Resultaten Doyens bei **Carcinom** setzt M. noch günstigere von Ohlshausen nach **der Ligaturmethode** entgegen, denjenigen D.'s bei Myomen, **seine** eigenen nicht ungünstigeren mit praeventiver Blutstillung **durch** Ligaturen. Nichts ist bei Myomoperationen **gefährlicher**, als Schematisiren.

Dührssen schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen Martin's an und hebt die Vorzüge der Colpotomia ant. vor denjenigen der posterior hervor.

Mit dieser Sitzung wird die Reihe der wichtigeren und umfangreicheren Fragen, welche auf der Tagesordnung gestanden, abgeschlossen und in den ferneren Sitzungen werden zahlreiche Vorträge über verschiedene Themata von mehr oder weniger actuellem Interesse gehalten. Eine ausführlichere Besprechung der oben kurz referirten Vorträge, so wie der noch folgenden behalten wir uns vor bis die gedruckten Protokolle des Congresses erschienen sein werden.

Dobbert.

Section für Ophthalmologie.
(Fortsetzung.)

III. Sitzung am 9. August Morg. 9 Uhr.
Präsident Prof. Fuchs — Wien.

Die ganze Sitzung ist den Vorträgen über das Wesen, die Behandlung und Verhütung des Trachoms gewidmet.

1) Hirschberg (Berlin). Referat: «Die Bekämpfung der Volkskrankheit Trachoma».

Es folgen Vorträge über Trachom und seine Behandlung von:
2) Knapp (New-York).
3) Kuhnt (Königsberg).
4) Darier (Paris).
5) Roselli (Rom).
6) Matkovic (Zagreb).
7) Neuadowic (Dolora-Ungarn).
8) Nesuamow (Charkow).
9) Katharina Kastalsky (Moskau).
10) Peters (Bonn).

IV. Sitzung 9. August Nachm. ½2 Uhr.
Präsident Prof. Kuhnt-Konisberg.

Lebhafte Discussion über die Vorträge der vorigen Sitzung. Fernere Vorträge:
1) Michel (Würzburg). Pathologisch-anatomische Veränderungen der Netzhaut.
2) Schmidt Rimpler (Göttingen). Zur Entstehung der Netzhaut-Ablösung.
3) Bellarminow (St. Petersburg). Ueber Taetowirung der Hornhaut.

V. Sitzung 11. August Morg. 9 Uhr.
Präsident Prof. Hirschberg-Berlin.

1) Fukala (Wien). Referat: Der gegenwärtige Stand der Myopie-Operation.
2) Vachev (Orléans). L'extraction du cristalliu transparent dans la myopie trés forte.

Im Anschluss an diese beiden Vorträge lebhafte Discussion über Indicationen und Technik der Myopie-Operation.

3) Laragna (Monaco) Sur l'emploi du Bromhydrate d'orécoline comme myotique et comme antiglaucomateux.
4) Wagner (Odessa). Statistik und operative Heilung des Glaucoms.

Discussion.

VI. Sitzung am 11. August Nachm. ½2 Uhr.
Präsident Prof. Pflüger-Bern.

1) Normann-Hansen (Kopenhagen). Etudes sur la contusion de l'oeil.
2) Mitwalsky (Prag). Sur une inflammation tarso-conjonctivale.
3) Baltabau (Léopol). Gesichtsfeldmessung mittelst eines neuen Apparates eigener Construction. (m. Demonstrat.)
4) —
5) Israelsohn (Smolensk). Zur Transplantation von Lippenschleimhaut in den Lidrand bei Trichiasis und Entropium.

Die folgenden Vorträge hatten das wichtige Thema der Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und dem Sehorgan zum Gegenstande:

6) Germann (St. Petersburg). Zur Symptomatologie, Prognose und Therapie der orbitalen Augenerkrankungen, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.
7) Golowin (Moskau). Traitement chirurgical des affections du sinus frontal (mit Demonstration operirter Patienten).
8) Kuhnt (Königsberg). Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und dem Sehorgan.

Der letzte Vortrag leitet zugleich die Discussion über das genannte Thema ein.

In den Räumen der Universitäts-Augenklinik, in der die Sitzungen stattfanden, waren an allen Sitzungstagen zahlreiche Demonstrations-Objecte ausgestellt. Es demonstrirten u. A.:

Schanz (Dresden) mikroscop. Präparate betr. die Entwickelung des Chiasma;

Blessig (St. Petersburg) makroscop. Gelatine-Präparate patholog. veränderter Augen;

derselbe: eine Sammlung von aus dem Auge entfernten Fremdkörpern.

Schiötz (Christiania) einen neuen Prismenapparat;

Bellarminow (St. Petersburg) diaphane ophthalmoskopische Bilder im Projectionsapparat;

derselbe: mit verschiedenen Farben tätovirte Hornhäute.

Die Klinik hatte die hervorragend schönen transparenten ophthalmoscop, Bilder von der Hand des weil. Prof. Maklakow sen. (auf mehrschichtigem Glas gemalt) ferner ihre reiche Sammlung von Photographien ophthalmologischer Befunde, sowie zahlreiche Apparate ausgestellt.

Die optischen und mechanischen Firmen: Mielck (St. Petersburg), Urlaub (St. Petersburg) und Schwabe (Moskau) hatten gleichfalls eine Ausstellung ihrer Erzeugnisse veranstaltet.

In Ergänzung unseres bisherigen Berichtes lassen wir hier noch das Programm der VII—X Sitzung der ophthalmologischen Section folgen:

VII. Sitzung am 12. August Morg. 9 Uhr.

Reymond (Turin). Rapport. Valeur thérapeutique des injections sousconjonctivales.

Darier (Paris). De la thérapeutique oculaire locale par les injections sousconjonctivales.

Angellucci (Palermo). Ueber subjonjunctivale Injectionen.

Alonso (Mexico). Consideration sur la valeur thérapeutique des injections sousconjonctivales.

Deyl (Prag). Anatomische Erklärung des sogenannten maculären Colobomes (en russe, résumé en allemand).

Schanz (Dresden). Ueber angeborene Colobome der Lider.

Casey Wood (Chicago). Experiments to determine the comparative cycloplegic value of Homatropine plus Cocaine dises and solutions of Scopolamine, Atropin and Duboisine.

Hinshelwood (Glasgow). To exhibit and describe a pocket Ophthalmometer.

Elschnig (Wien). Ueber cilioretinale Gefässe.

Mitwalsky (Prag). Pathologie des conduits lacrymaux (en russe, résumé en allemand).

Cirincione (Neapel). Sur la thérapie des voies lacrimales.

Roselli (Rom). Nouvel instrument pour elargir le canal lacrimal.

VIII. Sitzung am 12. August Nachm. ½2 Uhr.

Vignes (Paris) De l'emploi de l'iode dans les affections du tractus uvéal.

Cirincione (Neapel). Sur la cataracta nigra.

Natanson (Moskau). Zur Wirkung und Anwendung des Holocains.

Lavagna (Monaco). Sur la massage vibratoire dans les paralysies périphériques des muscles oculomoteurs.

Snegirew (Moskau). Ueber die therapeutische Bedeutung der Vibrationsmassage bei verschiedenen Augenerkrankungen.

Bellarminow (St. Petersburg). Organisation des mesures prises en Russie contre la cécité et les affections oculaires par la Société Marie au profit des aveugles.

IX. Sitzung am 13. August Morg. 9 Uhr.

Reymond (Turin). Les erreurs de projection du champ visuel dans le strabisme et leur correction éducative.

Gandenzi (Turin). Sur la perception binoculaire du relief.

Angellucci (Palermo). Le rôle de la III-ième paire dans les mouvements pupillaires.

Fukala (Wien). Ueber den Accommodationsmuskel.

Angellucci (Palermo). La peinture des peintres daltoniens.

Dufour (Lausanne). La diplopie monoculaire dans l'accommodation.

Noischewsky (Dwinsk). L'ataxie optique et polyopie monoculaire.

Lavagna (Monaco). Sur le traitement du strabisme en premier temps avec la tenotomie et avancement sous-coutané du muscle opposé combiné.

Levinsohn (Berlin). Ueber den anatomischen Bau der willkürlichen Augenmuskeln.

Dolganow (St. Petersburg). De la cécité incurable en Russie.

X. Sitzung am 13. August Nachm. ½2 Uhr.

Cirincione (Neapel). Panophtalmie et exentération.

Galbi (Vernate). Ein eigenartiger Fall eines Fremdkörpers im Auge.

Matkovic (Zagreb). Ueber die Operationen bei Trichiasis und Entropium.

Blumenthal (Riga). Beiträge zur Behandlung trachomatöser Hornhaut-Erkrankungen insbesondere der Geschwüre.

Kudrjawzew (Cherson). Hemeralopia epidemica unter eingewanderten landwirthschaftlichen Arbeitern.

Eliasberg (Riga). Ein Fall von Chininamaurose.

Golowin (Moskau). Recherches sur le poids spécifique de l'humeur apueuse. B.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 16. October 1896.

1. Dr. G. Kieseritzky demonstrirt Präparate von Plasmodium Malariae.

2. Dr. Mey stellt ein 11-jähriges Mädchen mit erworbenem Torticollis vor. Anamnese und objectiver Befund liefern keine Anhaltspunkte für tuberculöse Spondylitis. Vor 4 Jahren acuter Gelenkrheumatismus mit acuter Endocarditis, gegenwärtig deutlich erkennbare Herzläsion. Im Verlaufe des Gelenkrheumatismus Mitbetheiligung der Halswirbelsäule mit consecutiver Ankylose der Wirkelgelenke. Vortr. erinnert an den im vorigen Jahre von Dr. Schabert vorgestellten 14-jährigen Knaben, bei welchem bald nach Ablauf der acuten Polyarthritis eine cervicale Spondylitis mit Torticollis sich entwickelt hatte. Er hält gegenüber Dr. Schabert, der die Affection für tuberculös erklärt hatte, die Wirbelerkrankung auch hier für Folge der Polyarthritis und zwar besonders wegen der in so kurzer Zeit (3 Monate) erfolgten Ausheilung. Nach französischen Autoren ist die Betheiligung der Wirbelsäule bei Polyarthritis acuta im frühen Lebensalter nicht so sehr selten. (Autoreferat.)

Dr. P. Klemm wendet sich gegen die Auffassung des Vortrag. bezüglich des Schabert'schen Falles. Dr. Mey habe in seiner wiederholenden Darstellung desselben den Symptomencomplex nicht vollständig wiedergegeben. Er erinnert daran, dass dort eine vom Rachen aus fühlbare Prominenz, sowie Druckempfindlichkeit constatirt wurden, welche beiden Symptome den Fall sehr von dem Dr. Mey's unterschieden.

Dr. Ed. Th. Schwartz schliesst sich der Ansicht des Vortr. über den heute vorgestellten Fall an. Er habe denselben während der Polyarthritis behandelt und erinnere sich, dass schon damals die Betheiligung der Halswirbelsäule deutlich constatirt werden konnte.

Einem Hinweise Dr. Schabert's auf die Möglichkeit einer periarticulären Erkrankung gegenüber betont Dr. Miram die grösste Schwierigkeit dieser Differentialdiagnose, die wohl nur sehr selten, und unter aussergewöhnlich günstigen Bedingungen zu stellen sei.

Dr. v. Böhlendorff macht auf die im vorgestellten Falle schon deutlich sichtbaren secundären Veränderungen des Gesichtsskelettes aufmerksam.

3. Dr. Krannhals demonstrirt das Herz eines an Tuberculose verstorbenen Kranken mit angeborenem Septumdefect. Im vorderen oberen Theil des Septum ventriculorum eine ca. 2 cm. breite Lücke. Am Pulmonalostium nur 2 Klappensegel, dasselbe ist, wie die übrigen, normal gebildeten Klappen, schlussfähig. Dr. Deubner verliest den dazugehörigen Krankenbogen.

4. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen ausserordentlich regelmässig gebildeten Knochensplitter von einer Spiralfractur des Oberschenkels durch Schuss.

5. Dr. Schabert demonstrirt Wachsmodelle der Prostata, die durch Modelliren während der Untersuchung gewonnen sind. Er hält diese Methode (Modelliren mit der einen Hand, während die andere palpirt), für ausserordentlich geeignet, um ein anschauliches, objectives, auch anderen Personen demonstrirbares Bild des Status zu geben. Er habe in einem Falle von Sarcom der Prostata, den Dr. Berg operirte, Gelegenheit gehabt, sich davon zu überzeugen, dass das von ihm hergestellte Wachsmodell dem autoptischen Befunde während der Operation vollständig entsprach.

Dr. P. Klemm und Dr. Bergmann betonen, dass Dr. Schabert mit Unrecht von einem objectiven Bilde spricht. Das nach seiner Methode genommene Modell sei genau ebenso subjectiv wie die Palpation selbst oder eine nach derselben hingeworfene schematische Zeichnung und würden verschiedene Untersucher mit grösster Wahrscheinlichkeit auch verschiedene Wachsmodelle liefern.

Dr. Berg: In dem angeführten Falle hätten Modell und Befund bei der Operation einander gut entsprochen. Allerdings sei die Methode durchaus subjectiv, jedoch könne ein gut ausgeführtes Modell ja wohl anschaulicher sein als eine einfache Zeichnung.

6. Dr. L. Mandelstamm hält den angekündigten Vortrag über «Linsentrübungen», ihren Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen. Dem Vortrage liegt eine diesbezügliche Abhandlung des Prof. C. Hess zu Grunde. Es sei noch nicht entschieden, ob Linsentrübungen aus einer localen oder aus allgemeinen Ursache entstehen, es scheinen meist beide Ursachen zusammen zuwirken. Beim diabetischen Staar scheine der Zuckergehalt des Kammerwassers und Glaskörpers resp. die dadurch bedingte Wasserverarmung der Linsensubstanz nicht von entscheidendem Einfluss auf die Staarbildung zu sein. Es handle sich wahrscheinlich noch um Ernährungsstörungen in den die Linse umgebenden Theilen, hervorgerufen durch constitutionelle Einflüsse. Die künstlich durch Wasserentziehung erzeugten Staare so wie der Naphtalinstaar unterscheiden sich von den diabetischen und anderen Staaren dadurch, dass bei ersteren die Trübungen, da sie keine organische Läsion der Linse veranlassen, sich wieder zurückbilden können, was bei den letzteren nicht der Fall ist. Der Schichtstaar sei aller Wahrscheinlichkeit nach angeboren und bleibe stationär, doch glaubt Vortr. dass derselbe im späteren Alter doch öfter progredire, als man glaube. Ferner wurden noch der Ergotinstaar und andere Staarformen, wie die bei Malaria, Tetanus, Meningitis, Lues etc. vorkommenden angeführt. Zuletzt werden die Staarformen besprochen, deren Ursache im Auge selbst liegt, wie der Choroidalstaar bei Erkrankungen der Chorioidea und die cataracta polaris posterior bei Retinitis pigmentosa. die complicirten Staarformen bei Glaucom, Netzhautablösung und Iridocyclitis.

Dr. Hampeln fragt an, ob Beobachtungen darüber existiren, dass bei diabetischer Cataract die Linsentrübung eventuell schon auftreten könne, bevor Zucker im Harn nachweisbar sei, also unter Umständen die Trübung gewissermassen als Frühsymptom des Diabetes gelten könne.

Dr. Mandelstamm: Seiner Erfahrung nach sei, wenn die Patienten zur Untersuchung kämen, immer schon Zucker nachweisbar.

Die Anfrage Dr. Miram's, ob sich ein bestimmtes Verhältniss zwischen Zuckergehalt und Intensität der Linsentrübung constatiren lasse, wird von Dr. Mandelstamm verneinend beantwortet. Demgegenüber bemerkt Dr. Dahlfeld, das Bestehen einer solchen Relation sei nicht ohne Weiteres auszuschliessen, da Beobachtungen vorliegen, die neben Zurückgehen der Zuckerausscheidung bei Carlsbader Curen eine Besserung des Visus erweisen.

Dr. Mandelstamm: Die Sehstörungen bei diabetischem Staar seien wohl nicht immer der Linsentrübung allein, sondern zum Theil auch der fast immer bestehenden Netzhautdegeneration zuzuschreiben, wo dann eine Besserung der letzteren die Zunahme des Visus ermögliche. Objective Constatirung einer Abnahme der Trübung sei ihm nicht bekannt.

Dr. v. Krüdener weist auf Arbeiten aus den Wiener Kliniken von Arlt und Fuchs hin, welche Zurückgehen diabetischer Linsentrübungen bei antidiabetischem Regime constatiren.

Dr. Stavenhagen erinnert sich eines Referates aus der englischen Literatur über Zurückgehen einer diabetischen Linsentrübung bei Carlsbader Cur; er selbst hat einen Fall beobachtet, in dem die Trübung bei antidiabetischem Regime stationär blieb. In Bezug auf den Schichtstaar könne er mit Vortr., der ihn als angeboren betrachtet, nicht übereinstimmen. Arlt berichte über Fälle, in denen der Schichtstaar sich im Anschluss an Eklampsia infantum entwickelte, wahrscheinlich in Folge von Betheiligung des Ciliarmuskels an den Krämpfen und hierdurch bedingter Verschiebung der Linsenfasern.

Er selbst habe auffallend oft bei Schichtstaar ermitteln können, dass die Kranken vor längerer oder kürzerer Zeit, bezw. als Kind an Krämpfen gelitten hätten.

Dr. Mandelstamm: Ein solcher Zusammenhang sei ja wohl möglich, aber nicht für alle Fälle als nothwendig anzusehen, da es ausser Krämpfen des Ciliarmuskels doch noch viele andere Ursachen der Verschiebung der Linsenfasern gebe.

Dr. Dahlfeld greift auf die letzten Aeusserungen Dr. Mandelstamm's über den diabet. Cataract zurück und betont, dass bei Diabetes Netzhautveränderungen seltener seien als Linsentrübung, daher Besserungen des Visus doch wohl mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf Rückgängigwerden der Trübung zu beziehen seien. Wenigstens habe er persönlich diesen Eindruck in den von ihm angeführten Fällen gewonnen. Wenn auch Täuschungen im einzelnen Falle leicht möglich seien, so sei doch im Allgemeinen der Einfluss antidiabetischer Curen als sicher anzusehen.

Dr. Mandelstamm giebt die Möglichkeit geringer Differenzen des Visus vor und nach antidiabet. Curen zu, jedoch seien sie wohl schwerlich so grosse, dass sie objectiv mit Sicherheit zu erweisen seien. Die subjective Angabe der Pat., dass sie besser sehen, sei nicht beweisend, da dieselbe von anderen Factoren, wie z. B. der Pupillarweite beeinflusst sein können.

Dr. Zwingmann betont dem Vortr. gegenüber, dass er bei Cataract im vorgerückten Alter oft Zucker im Harn gefunden habe. Die diabet. Cataract sei gegenüber dem gewöhnlichen Altersstaar ausgezeichnet durch gleichmässiges Fortschreiten auf beiden Augen. Der Altersstaar sei, wie ihn eigene Beobachtungen überzeugt hätten, nicht immer doppelseitig. Die

Frage, ob Krämpfe eine wesentliche Rolle in der Aetiologie des Schichtstaares spielen, hält er noch nicht für abgeschlossen.

Dr. v. Krüdener: Mehrfache glücklich verlaufene Operationen diabetischer Cataracte bestätigen die Seltenheit von Netzhautveränderungen hierbei. Dafür, dass die Sehstörung bei diabet. Cataract vorwiegend auf Rechnung der Linsentrübung zu setzen sei, und dass eine gewisse Relation zwischen dieser und dem Zuckergehalt des Humor aqueus besteht, spräche auch das Experiment. (Injection von Zuckerlösung und darauf von Wasser bei Fröschen.)

Den Schichtstaar betreffend stimmt Dr. Dahlfeld der Bemerkung des Vortr. zu, dass ein Progredienwerden desselben im späteren Alter nicht so selten sei. Es sei dies wichtig für die Differentialdiagnose, da auch Diabetiker einmal Träger eines Schichtstaares sein können, wie ihm das schon vorgekommen sei.

Dr. Hampeln kommt nochmals auf seine erste Frage zurück, von der sich die Discussion bald abgewandt habe, die ihm aber von grosser Wichtigkeit scheine: ob nämlich die Cataract unter Umständen als Frühsymptom eines gewissermassen latenten Diabetes aufgefasst werden könnte?

Dr. Mandelstamm: Schnelle beiderseitige Entwickelung der Cataract bei jugendlichen Individuen könne eventuell diese Bedeutung haben, doch liegen genauere Beobachtungen nicht vor.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vom XII. internationalen medicinischen Congress.

Moskau, den 15. (27.) Aug. 1897.

Die intern. medic. Congresse finden immer mehr Anklang bei den Aerzten aller Länder — das beweist die stetig wachsende Theilnahme an diesen Versammlungen. Während der 9. internationale med. Congress in London noch kaum 4000 Mitglieder zählte, wies der 3 Jahre später in Berlin tagende 10. intern. Congress bereits 5000, der 11. Congress in Rom gegen 6000 Mitglieder auf, und erreichte der diesjährige Moskauer Congress die stattliche Ziffer von nahezu 8000 Theilnehmern.

Zu dieser Zahl stellte das Inland bis zum 9. August 4282 Mitglieder; vom Auslande waren bis dahin mehr als 3500 Mitglieder eingetroffen. Soviel berühmte Männer der med. Wissenschaft von allen Gegenden des Erdballs hat wohl noch keine Versammlung beisammen gesehen, wie die in Moskau. Um nur durch einige Beispiele diesen Reichthum an Trägern berühmter Namen zu beweisen: Deutschland war durch Virchow, Leyden, Bergmann, Gerhardt, Jolly, Behring, Generalstabsdoctor v. Coler vertreten, Frankreich durch Dujardin-Baumetz, Lannelongue, Menière, England durch Mac Cormac, William Stockes, Lauder Brunton, Oesterreich durch Krafft-Ebing, Benedikt, Pollitzer, Kaposi, Italien durch Lombroso, die Schweiz durch Kocher, Spanien durch B. Robert, Belgien durch Crocq, die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika durch Billings und Senn, Schweden durch Tigerstedt u. s. w. Vom Ausland betheiligten sich am Congress in überwiegender Zahl Deutschland, namentlich waren seine zahlreichen Universitäten stark und glänzend vertreten. Dann folgten bezüglich der Mitgliederzahl Frankreich und England. Die Glieder der russischen med. Facultäten waren fast vollständig erschienen. Aus Jurjew nahmen u. A. die Proff. Dehio und Raehlmann Theil, aus den übrigen Städten der Ostseeprovinzen, wie Riga und Reval haben wir nur vereinzelte Repräsentanten gesehen. St. Petersburg hatte ein ansehnliches Contingent von Theilnehmern gestellt, namentlich auch die beiden deutschen ärztlichen Vereine. Als eine Seltenheit führen wir hier noch an, dass unter den Congressmitgliedern sich eine amerikanische Familie Perkins aus New-York befand, deren sämmtliche Glieder — Vater, Mutter, zwei Söhne, die Tochter und der Schwiegersohn — Mediciner sind.

Schon am Tage vor der Eröffnung des Congresses belebten die zahlreichen mit den Abzeichen geschmückten Mitglieder des Congresses die sonst um diese Jahreszeit stillen Strassen Moskau's und am Abend entwickelte sich bei der Begrüssung in der grossen städtischen Manege ein Leben, wie in einem Bienenkorbe. Da dass grosse Theater, in welchem die 3 allgemeinen Versammlungen stattfanden, nur ca. 3000 Personen fasst, so konnte jedes Mitglied — mit Ausnahme der Glieder des nationalen Comité's, der Delegirten etc. — nur zu einer der allgemeinen Sitzungen (durch's Loos bestimmt) zugelassen werden.

Da wir Gelegenheit hatten allen 3 allgemeinen Sitzungen beizuwohnen, so lassen wir hier ein kurzes Referat über dieselben folgen.

Die officielle Eröffnung des Congresses fand am 7. August um 1 Uhr Mittags durch den Patron desselben, S. K. H. den Grossfürsten Sergei Alexandrowitsch, in Gegenwart seiner Erlauchten Gemahlin, in dem mit dem Bildniss Sr. Majestät geschmückten grossen Theater statt. Nach einer kurzen Begrüssung der Congressmitglieder durch den Minister der Volksaufklärung Grafen Deljanow in lateinischer Sprache, ergriff der Präsident des Organisations-comité's Prof. Dr. Sklifassowski das Wort, um der Versammlung den Gruss der ältesten russischen Universität (Moskau) zu entbieten. An die ausländischen Gäste sich wendend, sprach der Redner sich dahin aus, dass sie gleich in den ersten Augenblicken ihres Verweilens in Russland die Ueberzeugung gewonnen haben werden, dass die chinesische Mauer, welche früher zwischen Russland und dem westlichen Europa existirte, nicht mehr vorhanden ist. Das fatale historische Joch, unter dem Russland längere Zeit gestanden, habe seine Entwickelung gehemmt und die culturelle Einigung mit dem Westen, welche jetzt beständig Fortschritte macht, aufgehalten. Für diese culturelle Einigung bilde ein Haupthinderniss die Verschiedenheit der Sprachen, welche sich auf den internationalen Congressen am meisten fühlbar mache. Nur die Annahme einer allgemein gültigen Sprache könne dieses Hinderniss beseitigen. Er schlage dem Congress daher vor, durch eine Commission, für welche jede Nationalität zwei Delegirte bestimmt, die Wahl der für alle wissenschaftlichen Mittheilungen allein geltenden Sprache [1]) zu bewerkstelligen.

Nachdem sodann der Generalsecretär Prof. Dr. W. Roth über die Angelegenheiten des Congresses einen kurzen Bericht abgestattet, aus dem unter Anderem hervorging, dass bis zum Tage der Eröffnung des Congresses 7300 Mitglieder angemeldet waren, folgten die Ansprachen der langen Reihe der Delegirten, von denen namentlich der Vertreter Deutschlands, Generalstabsdoctor der preussischen Armee Prof. v. Coler durch seine formvollendete und schwungvoll gehaltene Rede die Versammlung zu stürmischem Beifall hinriss.

Die eigentlichen wissenschaftlichen Vorträge in dieser allgemeinen Versammlung hielten, wie unsern Lesern schon bekannt, der Senior des Congresses Prof. Virchow, welcher auch als Ehrenpräsident in dieser Sitzung fungirte, sodann Prof. Lannelongue (Paris) und Prof. Lauder Brunton (London).

Am nächsten Morgen begannen die Sitzungen der Sectionen über deren Verhandlungen an anderer Stelle referirt werden wird.

Die II. allgemeine Versammlung, welche am 10. August ebenfalls im grossen Theater stattfand, wurde von dem Präsidenten Prof. Sklifassowski um 2 Uhr mit der Mittheilung eröffnet, dass zum Versammlungsort des nächsten XIII. internationalen med. Congresses im Jahre 1900 Paris, zum Präsidenten des Organisations-Comité's Prof. Lannelongue und zum Generalsecretär Prof. Chauffard gewählt worden sei.

Auf der Tagesordnung dieser Versammlung, in welcher Prof. Lannelongue als Ehrenpräsident fungirte, standen vier Vorträge, von denen der Vortrag von Prof. Krafft-Ebing (Wien) «Ueber die Aetiologie der progressiven Paralyse», sowie der von Prof. Metschnikow (Paris) «Ueber die Pest» das grösste Interesse boten. In meisterhafter Weise gab der berühmte Wiener Psychiater in einstündiger Rede eine fast erschöpfende Schilderung der die Entwickelung der progressiven Paralyse bedingenden Momente und des Zusammenhanges der progr. Paralyse mit der Syphilis. Der sich überstürzende Fortschritt auf allen Gebieten, so führte der Vortragende aus, die schweren socialen Bedingungen des Lebens und der dadurch bedingte «Kampf ums Dasein», welcher für

[1]) Es ist zu bezweifeln, dass die gewünschte Einigung bezüglich einer einheitlichen wissenschaftlichen Sprache auf den internationalen med. Congressen erzielt werden wird. Wenigstens haben die Deutschen, welche auf diesen Congressen meist am stärksten vertreten sind, keinen Grund, ihre Sprache zu Gunsten der französischen, wie das von mancher Seite gewünscht wird, aufzugeben. Dem entsprechend bedienten sich auch die deutschen Professoren und Aerzte bei ihren Vorträgen in Moskau durchweg der deutschen Sprache. Wir glauben uns aber auch nicht zu irren, wenn wir behaupten, dass auf dem soeben beendigten Congress die Mehrzahl der Mitglieder (namentlich auch der inländischen) leichter einem deutschen als einem französischen Vortrage zu folgen im Stande war. Es ist das auch erklärlich, wenn man in Erwägung zieht, dass eine weitaus grössere Zahl von Ausländern an den zahlreichen Universitäten mit deutscher Unterrichtssprache (deutsches Reich, Oesterreich, Schweiz) Medicin studirt oder sich dort wissenschaftlich vervollkommnet, als das an den Facultäten mit französischer Sprache der Fall ist, von denen in dieser Hinsicht wesentlich eigentlich nur Paris in Betracht kommt.

das Leben unseres Jahrhunderts charakteristisch ist, stellen an das Gehirn des Menschen gesteigerte Ansprüche und ruiniren den ohnehin durch den beständigen Kampf geschwächten Organismus. In Folge dessen greift der Mensch nach erregenden Mitteln, zur übermässigen Anwendung von Kaffee, Thee, Tabak, Alkohol und anderen starkwirkenden Genüssen. War das schon alles geeignet, unser Gehirn zu schädigen, so kommen noch andere Umstände hinzu, welche seine Gesundheit erst recht untergraben. Durch den Konkurrenzkampf werde es immer schwieriger, einen eigenen Herd in passendem Alter zu gründen, daher häufiges Cölibat, und Befriedigung des Geschlechtstriebes ausser der Ehe, — also meist in der Prostitution und in Folge dessen — Syphilis. Als Resultat der gegenwärtigen socialen Lebensbedingungen treten jetzt häufig solche Krankheiten wie Neurasthenie und die progressive Paralyse auf, welche man vor 100 Jahren kaum den Namen nach kannte. Während die progressive Paralyse früher nicht vor dem 39—40. Lebensjahr vorkam, wird sie jetzt schon im jugendlichen Alter beobachtet und sind es namentlich Arbeiter und Officiere welche von ihr heimgesucht werden, während sie bei Geistlichen und Frauen höherer Stände, die sich durch Sittenreinheit auszeichnen, gar nicht vorkommt. Was nun die Ursache der progres. Paralyse anlangt, so kommt Redner auf Grund eines grossen statistischen Materials zu dem Schluss, dass die Syphilis für die progress. Paralyse mit grosser Wahrscheinlichkeit die conditio sine qua non ist und daher prophylaktische Massregeln gegen die Syphilis das wichtigste Mittel gegen die progress. Paralyse bilden. «Die Aetiologie der progressiven Paralye» — so schloss Krafft-Ebing seinen Vortrag — «liegt in der Civilisation und in der Syphilisation». — Nachdem sodann Prof. Senn (Chicago) «Ueber die chirurgische Behandlung der Peritonitis gesprochen, hielt der frühere Odessaer Professer Metschnikow, welcher seit einigen Jahren am Institut Pasteur in Paris beschäftigt ist, einen Vortrag, in welchem er den Nutzen der Schutzimpfungen gegen die Pest darlegte. Er giebt der von Yersin eingeführten Serumtherapie der fast (nach Behrings Methode) den Vorzug vor der von Dr. Chawkin in Indien propagandirten Immunisation (nach Pasteur'scher Methode) durch alte Culturen, welche der Wirkung von 70° ausgesetzt werden, da die letztere Methode Fieber und andere unliebsame Erscheinungen hervorruft.

Mit einem Vortrage Prof. Robert's (Barcelona) «Ueber das Verhältniss der menschlichen Pathologie zur Therapie» schloss die 2. allgemeine Sitzung.

Am 14. August versammelten sich die Congressmitglieder, von denen übrigens ein Theil bereits Moskau verlassen hatte, zur Schlusssitzung im grossen Theater, welcher Prof. Mac Cormac präsidirte. Die Reihe der Vorträge eröffnete der Director des St. Petersburger Instituts für Experimentalmedicin Prof. Lukjanow mit einer glänzenden Rede über das Thema: «Die Erschöpfung (Hungern) des Zellenkernes». Ihm folgte Prof. Leyden (Berlin) mit einem Vortrag «über den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Tuberculöse und die staatliche Fürsorge für dieselben». Wir hatten Gelegenheit Prof. Leyden, welcher seit Jahren als Vorkämpfer für die Errichtung von Volksheilstätten in Brehmer'schen Sinne auftritt, auf dem internationalen hygienischen Congress in Budapest (1894) über dasselbe Thema in einer ausserordentlichen Sitzung, welcher ein zahlreiches Publikum beiwohnte sprechen zu hören. Damals hatte Prof. Leyden die Genugthuung, dass ein reicher Ungar, angeregt durch L.'s Propaganda für Volksheilstätten und beschämt über den gänzlichen Mangel derselben in Ungarn, eine beträchtliche Summe zur Errichtung des ersten Sanatoriums für Tuberculöse in Budapest spendete. Möchte die Anregung, welche Prof. Leyden mit seinem Vortrage gegeben, auch bei uns, wo noch so wenig für dergleichen Anstalten geschehen, von eben solchem Erfolge gekrönt sein.

Zum Schluss der Sitzung hielt der berühmte Psychiater Prof. Lombroso (Turin) einen Vortrag. «Ueber neue Gesichtspunkte in der Psychiatrie» in französischer Sprache, aber mit so starkem italienischem Accent, dass er schwer verstanden wurde.

Nach diesen Vorträgen verlas Prof. Roth das Protokoll des Comités, welchem unter Prof. Virchow's Vorsitz die Zuerkennung der von der Stadt Moskau gestifteten Prämie im Betrage von 5000 Frcs. oblag. Auf Virchow's Vorschlag ist dieselbe dem um die Menschheit verdienten Stifter des «Rothen Kreuzes» Henry Dunant in der Schweiz zuerkannt worden.

Hierauf erhob sich Prof. Sklifassowski, um in bewegten Worten den Dank des Congresses Sr. Majestät dem Kaiser Nikolai II., Ihren Kais. Hochheiten dem Grossfürsten Sergei Alexandrowitsch und der Grossfürstin Jelisaweta Feodorowna sowie allen denjenigen, die dem Congresse ihre Unterstützung haben zu Theil werden lassen, auszusprechen. Auf Prof. Leyden's Vorschlag wurde unter grossem Beifall ein Huldigungstelegramm an Sr. Majestät den Kaiser gesandt. Im Namen der ausländischen Delegirten und Congressmitglieder dankt Prof. Virchow in französischer Sprache dem Präsidenten und allen Mitgliedern des Organisations- und Executiv-Comités, worauf Prof. Sklifassowski den Congress für geschlossen erklärte.

Werfen wir nun, nachdem die Verhandlungen abgeschlossen, die Festfreude verrauscht ist, einen Rückblick auf die verflossenen Tage des Congresses, so müssen wir sagen, dass dieser Congress seinem äusseren Erscheinen nach einer der bedeutsamsten in der Geschichte der Congresse bleiben wird. Wenn auch keine epochemachende Mittheilungen auf demselben gemacht worden sind, so ist doch eine selten so grosse wissenschaftliche Arbeit, (ca. 1000 Vorträge) geleistet und unter Theilnahme von so zahlreichen Koryphäen wohl so manche Zeit- und Streitfrage geklärt worden.

Das Organisationscomité und seine Zweigabtheilungen fungirten mit erfreulicher Präcision. Der überwältigend herzliche Empfang und die grenzenlose Gastfreundschaft, welche die Congressmitglieder in der alten Zarenstadt gefunden, wird ihnen unvergesslich bleiben.

Bernhoff.

Vermischtes.

Am 16., 17. und 18. August hatten wir hier in Petersburg das Vergnügen, eine recht grosse Zahl von Mitgliedern des XII. internationalen Congresses in unserer Mitte zu begrüssen. Unsere medicinischen Institute, Kliniken und Hospitäler wurden von den Gästen mit grossem Interesse besichtigt und haben, soviel wir wissen, im Allgemeinen sehr befriedigt. Die zu Ehren der Gäste veranstalteten öffentlichen Festlichkeiten — am Abend des 16. August ein in der Duma von der Stadtverwaltung arrangirter Rout, am 17. August ein Ausflug nach Peterhof, am Abend des 18. August ein Abschiedsrout, den die hiesigen Aerzte in dem Saal der Adelsversammlung veranstalteten — verliefen im Ganzen befriedigend, wenn es auch nicht an störenden Episoden fehlte. Die Temperatur der Feststimmung erreichte freilich nicht die hohen Grade, wie in Moskau, sie blieb subfebril. Zum Theil ist das wohl durch unsere im Ganzen kühlere Art bedingt, die sich nicht leicht zu urwüchsigen Gefühlsausbrüchen hinreissen lässt, dann aber auch durch eine gewisse Müdigkeit, die nach der herrlichen, aber angreifenden Moskauer Woche nicht ausbleiben konnte. Es ist eben nichts so schwer zu tragen, wie eine Reihe von festlichen Tagen. Am wohlsten haben sich unsere auswärtigen Collegen auf den kleineren privaten Versammlungen gefühlt, die in grösserer Zahl an verschiedenen Orten stattfanden. Einen hervorragenden Platz unter diesen nahm ein am 17. August im Commerzclub veranstaltetes Abendessen ein, zu dem ein Kreis hiesiger deutscher Aerzte eine recht grosse Anzahl deutscher und scandinavischer Collegen geladen hatte. Die Anwesenheit der hervorragendsten Leuchten der deutschen Medicin gab dieser Versammlung einen besonderen Glanz, ohne ihr den intimen Charakter zu nehmen. — Mit besonderer Befriedigung constatiren wir auch an dieser Stelle, dass wir von Seiten der ausländischen Congressglieder nur Ausdrücke der höchsten Befriedigung über den Gesammtverlauf des Congresses gehört haben. Es war eben soviel Neues und Interessantes geboten worden, dass allen Geschmacksrichtungen, allen Bedürfnissen volle Befriedigung zu Theil geworden war. Die Congressleitung hat einen sehr grossen Erfolg errungen, zu dem wir sie von ganzem Herzen beglückwünschen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Aug. d. J. 7143 (23 wen. als in d. Vorw.), darunter 577 Typhus — (50 mehr), 840 Syphilis — (18 mehr), 127 Scharlach — (7 wen.), 156 Diphtherie — (6 wen.), 35 Masern — (17 wen.) und 28 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. August 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
289	221	510	120	48	102	17	7	12	38	39	37	28	30	26	5	1

2) nach den Todesursachen: — Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 7, Masern 16, Scharlach 12, Diphtherie 36, Croup 7, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 4, Erysipelas 1, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 47, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 101, Todtgeborene 35.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5 Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 23 Августа 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, 30. (16. Sept.) August **1897**

Ueber die Resultate der Behandlung von 20 Fällen bösartiger Neubildungen mittelst Injectionen von Antistreptococcenserum.

Von
Dr. J. Ziemacki.
Aus dem Kaiserlichen klinischen Institute der Grossfürstin Helene Pawlona in St. Petersburg.

Die Literaturangaben über das uns interessirende Thema kann der Leser in den Aufsätzen des Dr. W. A. Thiele[1]) und der Drin Sieber-Schumowa[2]) finden.

Ich will mich auf kurze Wiedergabe der von mir beobachteten Fälle beschränken, die ich in einer Tabelle rangire um Wiederholungen zu vermeiden. Den Anlass zu diesen Injectionen gaben die bekannten Mittheilungen von Emmerich, Scholl[3]) und Coley[4]) über die heilwirkende Kraft des Antistreptococcenserums bei bösartigen Neubildungen. Beide Autoren haben mit einem verschiedenartigen Serum gearbeitet und trotzdem gute Erfolge beobachtet. Besonders die Angaben von Emmerich sind eclatant.

Die Hilflosigkeit eines Arztes gegenüber bösartigen Neubildungen, die aus irgend welchem Grunde inoperabel sind — kann wohl als ein Grund für uns dienen, um die Prüfung dieser Methode von Serotherapie zu entschuldigen. . . . .

Das angewandte Serum wurde im Kaiserlichen Institute für Experimentelle Medicin zubereitet. Wir haben zweierlei Serum gebraucht.

Das erste Serum, sogenanntes Serum equinum arsenicale wurde nur in einer ganz kleinen Zahl von Fällen angewandt.

Dieses Serum wurde von Pferden bezogen, welche sehr lange Zeit mit Arsen in einer sehr starken Dosis gefüttert wurden. Das Serum wurde im Laboratorium von Prof. M. Nencki präparirt und der Gedanke war der, dass durch den Arsengebrauch im Blute der Pferde solche Antitoxine entstehen können, welche dem erkrankten menschlichen Organismus in dem Kampfe mit bösartigen Neubildungen nützlich sein könnten. Es ist ja eine wohlbekannte Thatsache dass Arsenpräparate bei bösartigen Tumoren, insbesondere bei Sarcomen specifische Wirkung zeigen. Ist es doch möglich, dass wenn man das Blutserum eines Thieres, welches unter langem Gebrauche von Arsenpräparaten sich befindet, einem Menschen der an Sarcom erkrankte, einverleibt, dadurch in den Blutkreislauf solche nützliche Antitoxine eingeführt werden, die der Wucherung von Sarcomen entgegenwirken.

Eine zweite Art von Serum — Serum antistreptococcum wurde in folgender Weise bereitet:

Die Beschreibung ist dem Aufsatze von Drin N. O. Sieber-Schumowa[5]) entnommen.

Die ersten grösseren Thiere, die mit Streptococcenculturen immunisirt wurden — waren Böcke. Allererst injicirte man nur geschwächte Culturen von streptococcus pyogenes in peptonisirter Bouillon. Danach wurden die Streptococcenculturen immer stärker und mehr virulent genommen. Die Virulenz wurde gesteigert nachdem als Nährmaterial ein Gemisch von Blutserum mit Bouillon genommen wurde.

Die Injectionen von Reinculturen wurden zu 0,2 bis 0,5 jeden zweiten Tag gemacht. 8 Monate lang dauerte die Immunisation. Im 9. Monate wurde den beiden Böcken 700 ccm. Blutserum entnommen. Der erste Bock bekam während dieser Zeit 280 ccm., der zweite — 310 ccm. von mehr oder weniger virulenten Culturen. Die immunisirende Kraft des Serums vom ersten Bocke betrug 1:10000, vom zweiten = 1:15,000. Die Controlversuche wurden an Kaninchen vorgenommen. Ausserdem wurden etwas später in demselben Laboratorium

[1]) Letopis russkoi chirurgii. Bd. I. 3. Heft. S. 451.
[2]) Archives des sciences biologiques. St. Petersbourg. T. IV. Nr. 5.
[3]) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. Nr. 17 u. 43.
[4]) The american Journal of medic. sciences. 1894 July, und Medical record. 18. Mai 1895 Nr. 30.
[5]) Archive des sciences biologiques. Bd. IV. Heft 5. September 1896.

Ganzen selten und lässt sich nicht einmal durch die Vaccination gegenüber der Pockeninfection immer mit Sicherheit erreichen. Bei einer gewissen Intensität der Einwirkung von Seiten der Infectionsträger wird es eben auch bei einem relativ immunen respective immunisirten Individuum zur Erkrankung kommen.

Wenn Dr. W. zugiebt, dass der Hund «in der Empfänglichkeits-Scala für Tuberculose etwas niedriger steht, als gewisse andere Thierspecies . . . », so giebt er damit zu, dass der Hund in gewissem Grade immun ist gegen die tuberculöse Infection. Es thut mir leid, dass ich nicht, um Missdeutungen vorzubeugen, die Worte: «In gewissem Grade» dem Passus: «Immun gegen die Infection etc.» vorangesetzt habe.

Dass die Ansicht über die Immunität des Hundes gegen Tuberculose «recht verbreitet» ist, liegt wohl daran, dass es meines Wissens niemals gelungen ist, beim Hunde auf dem Wege der Inhalation von Tuberkelbacillen typische Lungentuberculose zu erzeugen. Meine Behauptung, dass die Experimente von Schottelius nicht beweisend sind, kann ich daher aufrecht erhalten.

Dass Dr. W. mit meinen «übrigen theoretischen Auseinandersetzungen» nicht einverstanden ist, kann ich ihm nicht übel nehmen. Es sind eben nur Hypothesen, die ich nicht durch exactes Beweismaterial zu stützen im Stande bin, die mir aber nichtsdestoweniger als Richtschnur für mein therapeutisches Vorgehen dienen. Und in dieser letzteren Beziehung bin ich, wie die Verhandlungen auf dem XII. internationalen Aerztecongress gezeigt haben, mit den Capacitäten der ganzen Welt einer Meinung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. med. A. Treu.

Lindheim, d. 25. August 1897.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. B. Pollack: Die Färbetechnik des Nervensystems. Berlin. 1897. Verlag von S. Karger. 130 pag. Preis 2 Mark.

Das Buch soll bei der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems zum bequemen Nachschlagen dienen, da es unmöglich ist, alle, oft äusserst complicirten Methoden dem Gedächtniss einzuprägen. Allgemeine Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete der mikroscopischen Technik werden vorausgesetzt. Die Vorschriften sind in der bewährten Receptform gegeben. Der Inhalt gliedert sich in folgende Abschnitte: Technik der Gehirnsection; Härten, Einbetten, Schneiden des Gehirns und Rückenmarks; Gewichtsveränderungen des Centralnervensystems nach Aufbewahrung in verschiedenen Conservirungsflüssigkeiten speciell in Formollösungen; Zeichnen und Photographiren der Präparate; Färbungsmethoden; allgemeine praktische Bemerkungen zur Bearbeitung des normalen und pathologischen centralen und peripheren Nervensystems. Eine Literaturübersicht und ein kurzes Register bilden den Schluss des handlichen, übersichtlich angeordneten und praktisch ausgestatten Büchleins. Es wird bald in jedem mikroscopischen Laboratorium zum nothwendigen Inventar gehören.

Michelson.

Oswald Knauer: Ueber puerperale Psychosen. Berlin. 1897. Verlag von S. Karger. 54 pag. Preis 1.80 Mark.

Verf. hat das Material der Kahlbaum'schen Heilanstalt in Görlitz entnommen, deren Oberarzt er ist. Daraus erklären sich wohl hauptsächlich die Differenzen seiner Resultate von denen früherer Statistiken, welche aus öffentlichen Anstalten stammen, also auf einem der Gesammtbevölkerung annähernd entsprechenden Krankenmaterial fussen, während hier nur die besser situirte Gesellschaftsklasse in Betracht kommen konnte. Von 660 Fällen konnten 82 als Puerperalpsychosen ausgesondert werden. Diese theilt Verf. nach Ohlshausens Vorschlag in 3 Gruppen ein: 1) Infectionspsychosen (Psychosen, welche von einer fieberhaften Puerperalerkrankung direct abhängig sind) 9 Fälle. 2) Idiopathische Psychosen (ohne körperliche, fieberhafte Erkrankung) 71 Fälle. 3) Intoxicationspsychosen nach Eklampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eklampsie, 2 Fälle. Sämmtliche Krankengeschichten werden mehr weniger ausführlich mitgetheilt. Erblichkeit spielt in ca. 66% der Fälle eine wichtige Rolle. Als Krankheitsform war in 60 Fällen Melancholie resp. eine complexe Erkrankung mit einem depressiven Initialstadium vorhanden, in 22 Fällen manische Erregung oder eine acute hallucinatorische Attaque im Beginn der Krankheit. Die Prognose ist im Allgemeinen nicht ungünstig: auf 56 Geheilte (21) und Gebesserte (35) kommen 26 Ungeheilte, darunter 2 Gestorbene.

Michelson.

Vom XII. internationalen medicinischen Congress.

Section für innere Medicin.

«Die Therapie der Phthisis».

In einem längeren Vortrage behandelt Ziemssen (München) dieses Thema. Er weist nach, dass die Vortheile des Höhenklimas gegenüber der Ebene nicht dermassen hervortretend seien, als dass sie einen grösseren Vorzug beanspruchen könnten. Die grössere Reinheit und Bakterienfreiheit des Hochgebirgklimas, die grössere Trockenheit der Luft und des Bodens, die geringere Luftbewegung daselbst, diese Vortheile liessen sich auch bei sorgfältiger Wahl an geeigneten Orten der minder hoch und selbst in der Ebene gelegenen Stellen auffinden. Ueber die physiologische Wirkung des niederen Luftdruckes in der Höhe sei noch nichts bekannt. Was ferner das Factum betrifft, dass im Hochgebirge eine Vermehrung der rothen Blutzellen stattfindet, so fehlt auch dafür die Erklärung. Wahrscheinlich findet nur eine andersartige Vertheilung derselben statt, eine locale Hyperglobulie. Andererseits fühlen sich aber die fiebernden Tuberculösen in der Höhe schlechter als in der Ebene. — Versuche und Erfahrung lehren, dass die Schwierigkeiten, welche sich in der Ebene der Phthiseotherapie entgegenzustellen schienen, überwunden werden können (Falkenstein). Die Zukunft der Therapie der Phthisis liegt in der Ebene. Jedes Land soll seine Phthisiker selbst curiren. Die Aufgabe der Zukunft ist die Freiluftbehandlung und nicht das Suchen nach specifischen Mitteln. Sanatorien sollen nicht bloss für Reiche und Arme, sonderen für alle Gesellschaftsklassen gegründet werden. — In der sich daran schliessenden Discussion führt

Senator (Berlin) an der Hand von 12 Fällen aus, dass das Tuberculin R. ein ganz ungleichmässiges Mittel ist. Er hat häufig Verschlimmerungen, in anderen Fällen Abscesse beobachtet. — Die Luftverdünnung habe auf den Krankheitsprocess fast gar keinen Einfluss. Wohl wirke im Hochgebirge die Summe der Reize auf den Kranken günstig ein. Er hält Hämoptoe nicht für eine Contraindication für das Höhenklima, es sei denn, dass sie sehr stark ist. Das Seeklima, welches Vorredner nicht erwähnt habe, sei ein durchaus wichtiger Factor. Ebenso die Insolation. Fälle mit Kehlkopfaffectionen und trockenem Husten eignen sich nicht für das Höhenklima, wohl für das feuchte Seeklima. Die schwimmenden Sanatorien seien zu befürworten.

v. Leyden (Berlin). Ueber das neue Tuberculin liesse sich noch kein abschliessendes Urtheil fällen. Ein Fortschritt in seiner Fabrication ist nicht zu erwarten. Die klimatische Therapie ist einer der mächtigsten Heilfactoren und Hülfsmittel, aber sie ist es nicht allein und man solle die anderen nicht vergessen. Man soll die Kranken behandeln womit jetzt möglich ist und sie nicht auf die Zukunft vertrösten und auf Mittel die noch im Entstehen sind. Die Behandlung der Tuberculose ist nicht an ein bestimmtes Klima gebunden und kein Klima ist imstande eine specifische Heilwirkung auszuüben. Leyden bevorzugt zwar das Bergklima, aber jeder sanitär gut gelegene Ort ist imstande zu nützen. Es ist wichtig, dass die Kranken in demselben Klima geheilt werden, in welchem sie gewohnt sind zu leben und nicht zuweit von ihrer Heimath.

Kernig (Petersburg) fasst die Resultate, welche man in der Zeit vom 17. April bis 27. Mai d. J. bei der Behandlung von Lungentuberculose im Obuchow-Frauenhospital erhalten hat in folgender Weise zusammen. Es wurden im Ganzen 9 Fälle von denen nur einer von vornherein als schwerer, wenn auch frisch zu bezeichnen war, der Behandlung mit T. R. durch die Herren Dr. Pendin und Albanus unterzogen. In 5 von den 9 Fällen traten Fieberreactionen und deutliche Veränderungen an den ergriffenen Lungentheilen in der Weise ein, dass der Zustand der Kranken nach den Injectionen schlimmer war, als vor denselben. In dem einen schweren, wenn auch frischen, eben erwähnten Fall leitete eine einmalige Injection von $^1/_{500}$ mgrm. (= 0,000002) der festen Substanz des T. R. den fatalen Uebergang in einen ganz rapiden Verlauf der Tuberculose ein, der schliesslich zum Tode führte. In einem leichten, ganz fieberlosen Fall bewirkten 3 Injectionen (2 à 0,000002 und 1 à 0,000006) ein 17-tägiges Fieber, das glücklicherweise spontan wieder abfiel, sodass die Kranke sich später wieder erholte, aber in diesem Falle war die Gefahr, welcher wir unsere Kranke durch die Tuberkelinjection aussetzten ganz augenscheinlich. In einem Falle von den 9 fand keine deutliche Verschlimmerung statt, aber immerhin stand das Fieber nach den Injectionen eher etwas höher als vordem.

In den 3 von den 9 Fällen fand keine Verschlimmerung statt, aber es waren ganz leichte gutartige Fälle; einer von ihnen betraf offenbar eine alte Schrumpfung der Lungenspitzen; dieses war auch der einzige Fall von allen 9 Fällen, wo gar keine Fieberreaction nach den Injectionen beobachtet wurde.

Angefangen wurde immer mit $^1/_{500}$ mgrm. (= 0,000002) und nur in einem von den leichten, ganz gutartigen Fällen, konnte

verleibt ist. Es schien mir als ob das eine cumulative Wirkung des Serums wäre. . . . .

Als ein exquisites Beispiel einer solchen allgemeinen toxischen Wirkung des Serums will ich den Fall VIII (Cancer parotidis) citiren. Aus der Krankheitsgeschichte entnehme ich folgendes: Am 9. November wurden die Injectionen vorgenommen. Die erste Serie vom 9. Dec. — bis zum 23. Januar, — 9 Mal wurde Serum equinum arsenicale eingespritzt. Es wurde das Blutserum von einem mit Arsen immunisirten Pferde gebraucht um die Metastasen in den Lymphdrüsen am Halse zum Schwinden zu bringen. Dabei ging es ziemlich rasch mit dem Steigern der Dose. Bei der dritten Injection benutzte man über 7 ccm. Blutserum. Die ganze Dose wurde mit kleinen Pravatz'schen Spritzen in das Parenchym des Lymphdrüsenpacketes eingespritzt. Der Einstich einer dickeren Kanüle war dem Pat. sehr unangenehm und darum mussten wir von dem Gebrauche einer grösseren Spritze absehen.

Schon damals bei etwa zwei Injectionen aus dieser Serie traten einige eigenthümliche, ziemlich schwach ausgeprägte Anfälle von Kopfhyperämie, mit Schwindel, Ohrensausen und Röthe des Gesichtes ein. Im ganzen wurden 63,5 ccm. von diesem Serium injicirt. Am 29. Jan. begannen wir den Versuch das Antistreptococcenserum zu gebrauchen. Diese Injectionen bilden eine zweite Serie, welche bis zum 29. April fortgesetzt wurde und wo wir 59 ccm. von Serum verbraucht haben. Die Cachexie nahm stetig zu, die carcinomatöse Neubildung griff in unaufhaltsamer Weise um sich und immer neue Lymph-Drüsen und Bahnen wurden vom Krebse befallen. Die Kräfte des Patienten sanken merklich. Und jetzt traten auf den ersten Plan heftige Anfälle von Kopfschwindel und Gehirnhyperaemie, beinahe jedesmal nach der Injection von Serum, selbst nach den kleinsten Dosen desselben. So z. B. am 6. März nach der Injection von 6 ccm., am 12. März nach 3 ccm., am 29. März nach 3 ccm. — zweimaliger Anfall . . . . u. s. w.

Im ganzen habe ich in der zweiten Serie 59 ccm. in 15 Malen injicirt. Die Injectionen von Serum antistreptococcum wurden in verschiedene Körpertheile gemacht, da der Kranke die Injectionen in das Parenchym der Lymphdrüsen am Halse nicht vertragen konnte. Die Anfälle von plötzlicher Gehirnhyperaemie waren ausserordentlich lästig und erreichten manchmal eine solche Härte, dass ich für das Leben des geschwächten Patienten fürchten musste. So z. B. am 12. März, als der Kranke schon im ganzen seit dem Anfange der Behandlung — 103 ccm. Serum bekommen hatte, injicirte ich 3 ccm. Serum in die linke Brustseite. Sofort ein heftiger Anfall: Cyanose des Gesichtes, Athembeschwerden, die Erscheinungen einer Art von angina pectoris, heftige Schmerzen im Hinterkopfe, dann im Halse, später in der Brust, in den Lenden u. s. w. Der Anfall dauerte 8—10 Minuten und endigte mit einer bedeutenden Schwäche. . . .

Am 29. März sobald der Kranke sich von der Schwäche erholt hatte und nach der Injection verlangte, injicirte ich 1 ccm in die linke Brustseite. Noch 2½ Minuten danach fühlte sich der Kranke ganz gut: es waren keine Anzeichen eines Anfalls. Ich injicirte zum zweiten Mal 1 ccm. und 2 Minuten später brach allmählich ein recht starker Anfall aus, das Gesicht, der ganze Kopf wurden stark hyperaemisch, die Scleren intensiv roth. Ein widerlicher Geschmack und reichlicher Speichelfluss im Munde. P. 110. Respiration 56! Besonders auffallend erscheint die so collossal gesteigerte Respirationsfrequenz. Heftiger Kopfschmerz besonders im Hinterhaupte, dann wieder das Herabsinken des drückenden Gefühls im Halse, dann allmählig im Brustkorbe, im Bauche, in beiden Lendenseiten, in den Glutaealgegenden, in den Geschlechtstheilen, in den Ober- endlich in den Unterschenkeln. Erst nach 10 Minuten wurde der Kranke ruhiger. Der Anfall wurde von dem Patienten selbst als ein leichter berichtet; und da der Kranke sich bald ganz erholte, so bat er inständig noch ein ccm. Serum ihm zu injiciren. Nach ¼ Stunde sobald alle die Erscheinungen vorbei waren, spritzte ich wieder 1 ccm. Serum in die Nähe von den früher ausgeführten Einstichen ein. Nach Verlauf von 2½ Minuten kam der Anfall von Neuem und er war einer der stärksten die ich je beobachtet habe. Ich dachte schon, dass der Kranke sofort sterben wird: eine äusserst starke Cyanose des Gesichtes, Respirationsbeschwerden, profuser Speichelfluss; Athemfrequenz 48—50; P. 120. Kopfschmerz im Hinterhaupte, dann wieder das allmälige Sinken des Druckgefühls in der oben besprochenen Reihenfolge. Dabei aber Zittern der Muskeln, welches zu gewissen Momenten sich bis zur Stärke von clonischen Convulsionen steigerte. Dabei traten heftige Hustenanfälle ein, die vom Kranken nicht aufgehalten werden konnten, aber einen heftigen stechenden Schmerz im Bauche, in den Genitalien und später in den Oberschenkeln und in den Knieen verursachten. — Aeusserst grosse Schwäche, beinahe ohnmächtiger Zustand, deprimirter Geisteszustand, Tremor der Extremitäten, Secretion von über ½ Pfund Speichel. starke Hyperaemie, verengerte, schwach reagirende Pupillen — dieser ganze Symptomencomplex machte einen höchst peinlichen Eindruck. So einem Anfalle folgte ein Gefühl des Müdeseins im Verlaufe von 2—3 Tagen.

Meiner Ansicht nach deuten diese heftigen plötzlich eintretenden Anfälle, die ich in einer grossen Zahl von Fällen beobachtet habe, darauf, dass das Serum eine toxische Wirkung ausübt. Die Anfälle waren in allen meinen Fällen gleich, nur unterschieden sie sich in der Stärke . . .

Und desto stärker waren sie — je schwächer der Organismus. Je mehr die Kräfte eines und desselben Kranken sanken, einer desto kleineren Dosis bedurfte es um einen Anfall hervorzurufen. — Es ist also im Serum eine Giftart vorhanden, die wohl dem menschlichen Organismus schädlich sein kann. Ein gesunder und kräftiger Organismus überwindet dieses Gift, der geschwächte kann es nicht thun. Dieses Gift könnte wahrscheinlich eine Art von Ptomain oder Leucomain sein, und es ist in jeder Art von Blutserum vorhanden. Wir sahen diese toxische Wirkung des Blutserums nach dem Gebrauche von Serum arsenicale equinum und Serum equinum antistreptococcum. Die Symptome waren nach der Injection der beiden Serumarten ganz identisch.

Wenn ich nun am Schluss meiner Arbeit die Frage aufwerfe: ob die Serotherapie bei bösartigen Neubildungen schädlich ist, — so muss ich leider diese Frage bejahen. Ja, die Serotherapie ist für geschwächte und marantische Individuen contraindicirt. Sie bringt doch keinen Nutzen und kann wohl einen grossen Schaden verrichten. Bei starken und nicht geschwächten Patienten kann man wohl das Serum anwenden, aber ohne irgend welche Hoffnung zu haben dadurch die Heilung zu erzielen. Zuweilen wirkt das Serum schmerzstillend und das ist der einzige Gewinn der Serotherapie bei bösartigen Neubildungen.

Juni, 1897. St. Petersburg.

Zuschrift an die Redaction.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Als Erwiderung auf die «Kurze Bemerkung etc.» von Dr. A. Wladimiroff in Nr. 32. in dieser Zeitschrift ersuche ich Sie, die folgenden Zeilen in Ihr geschätztes Blatt aufnehmen zu wollen.

Es giebt verschiedene Grade sowohl von Immunität als auch von Disposition. Ein geringer Grad von Disposition ist schon relative Immunität. Ein «absolutes Refractärsein» ist im

№	Name und Stand	Alter	Diagnose	Datum d. Aufnahme	Verlauf der Krankheit	Datum der Operationen	Allgemeines über die Injectionen	Ausgang
					S. A R C O M E			
1	Kuperina, Kaufmannsfrau	60	Lymphosarcoma inguinis utriusque	20. Nov. 1895	Erkrankte im Anfange 1864. Behandelt und operirt drei mal in einem grossen Hospital in Ostrussland. — Grosse sarcomatöse Tumoren im Becken, in der Seite. Allgemeiner Zustand erträglich.	1) Oct. 1894 2) Dec. 1894 3) März 1895	Injectionen von Serum equinum arsenicale in die sarcomatösen Tumoren. — Rasch aufsteigende Dosen: 29. Nov. — 1,0; 30. — 3,5; 2. Dec. — 2,0; 9. — 4,0; 12. — 10; 16. — 9; 20. — 12; 23. — 15; 28. — 17,5; 6. Jan. — 19,5; 13. — 20,0; 20. — 4,0. Heftige Reaction sogleich nach der Injection.	Disseminat. Tod im Nov. 1896
2	Gorbow, Chormeister	34	Sarcoma mesenterii	10. Jan. 1896	Erkrankte im October 1895. Kopfgrosser Tumor in der Bauchhöhle. Bei der Probelaparotomie erwies sich der Tumor als Sarcom des Mesenterium des Dünndarmes.	22. Jan. 1896	Serum equinum arsenicosum — injicirt am 24. Januar — 5,0; 26. — 7,0; 29. — 5; 31. — 6,0. — Cachexie. Bei der Autopsie erwies sich kleinzelliges Sarcom.	Tod 8. Febr. 1896
2	Malafaeff, Geselle	18	Angiosarcoma orbitae	12. Oct. 1896	Exophthalmus seit 3 Jahren. In letzter Zeit rasche Vergrösserung. — Hinter dem Augapfel harter Tumor.	22. Jan. 1896	Serum equinum arsenicosum: 9. Nov. — 1,0; 14. — 1,5; 16. — 2,0; 23. — 2,5; — Da die Geschwulst suchte fortzuwuchern, so entzog sich der Kranke der Behandlung und in einer anderen Klinik wurde ihm eine Carotidenunterbindung vorgenommen.	Ausgang unbekannt
4	Morosowskaja, Frau e. Beamten	57	Sarcoma thoracis	19. März 1896	Mannskopfgrosser Tumor. Vor 4 Jahren entstanden. Seit October 1895 rasche Wucherung. Recidiv nach der Operation.	1. April 1896 Excision mit plastik.	Um das Recidiviren zu verhindern wurde in der Umgebung Serum antistreptococcum injicirt: 1. April — 1,0; 9. — 1,5; 13. — 2,0 u. s. w. trotzdem erfolgte ein Recidiv.	Tod an Recid. im April 1897
5	Scheïn, Taglöhner	16	Sarcoma colli	10. Sept. 1896	Mannskopfgrosse Geschwulst in 1½ Jahren entstanden. Heftige Schmerzen.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum equinum: 13. Sept. 1,0; 16. — 2,0; 25. — 3,0; 27 — 4,0. — Kein Einfluss auf die Neubildung. Der rasche Wuchs dauert fort. Pat. entzog sich der Behandlung.	Unbekannt
6	Mokeïeff, Schriftführer	39	Sarcoma cutis	9. Oct. 1896	Primäre Geschwulst in der Lumbalgegend. Aeusserst rapider Verlauf. Dissemination über den ganzen Körper.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum: 20. Oct. — 1,0; 22. — 1,5; 25. — 2,0; 27. — 3,0; 3. Nov. — 4,0; 5. — 5,0; 6. — 5,0; 8. — 6,0; 11. — 7,0; 14 — 8,0. — Dissemination und Metastasen in der Haut und in den inneren Organen. Heftige Schmerzen.	Tod 27. Nov. 1896
					C A R C I N O M E			
7	Toporkova, Frau e. Beamten	65	Cancer mammae	27. Nov. 1895	Seit 3 Jahren krank. Exulceration des primären Tumors. Zahlreiche Dissemination in der Umgebung. Behandlung mit Toxinen von Erysipelcoccen.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum wurde nicht lange injicirt: 29. Nov. 1895 — 1,0; 30. — 4; 2. Dec. — 4,0; 4. — 3,5 u. s. w., da der Kranken die Einstiche sehr schmerzhaft waren. Sie entzog sich der Behandlung.	Tod im Winter 1896
8	Trifonoff, Beamte	54	Cancer parotidis	9. Dec. 1895	Erkrankt im Juni 1895. Die Geschwulst hat sich auf die Lymphdrüsen verbreitet. — Heftige Kopfschmerzen.	Unoperirbar	Serum arsenicale: 9. Dec. — 2,0; 13. — 5,0; 14. — 7,0; 19. — 7,0; 26. — 6,0; 3. Jan. 6,0; 11. — 10,0; 17. — 10,0; 23. — 8,0. Serum antistreptococcum: 29. Jan. — 5,0; 7. Febr. — 5,0; 13. Febr. — 7,0; 20. — 7,0; 28. — 7,0; [illegible] — 8,0; 12. — 8,0; 14. — 3,0; 18. — 8,0; 21. —	Tod am 26. Juni 1896

10	Kurbanoff, Oberlehrer	51	Cancer laryngis	18. Jan. 1896	Am 16. August 1895 in Berlin von Prof. Hahn operirt. Am 25. November in Kiew von Sapeshko zum zweiten Mal operirt. — Casus zur Zeit inoperab.	16. Aug. 1895 21. Nov. 1895	Serum antistreptococcum: 18. Jan. — 1,0; 20. — 0,5; 22. — 1,0; 25. — 1,5; 29. — 2,0; 1. Febr. — 2,5; 4. — 3,0; 7. — 1,0; 11. — 3,0. — Zunahme des Tumors. Der Kranke setzte fort die Behandlung in Kiew.	Erschoss sich im Aug. 1896
11	Stravinska, Frl. Gutsbesitzerin	50	Cancer mammae	2. Jan. 1896	Seit 2 Jahren krank. — Nicht exulcerirter Tumor. Drüsen afficirt. Amputation mammae. 4. Januar Metastasen in den Drüsen. Exstirpirt am 23. December 1896.	4. Jan. 1896 23. Dec. 1896	Am 12. März constatirte man neue Recidive in den Drüsen am Halse. Um die zu resorbiren schlug man das Serum antistreptococcum vor: 4. März — 1,0; 8. und 12. zu 1,5; 14. — 2,0. Nach der Operation den 23. Dec. — Wiederholung von Injectionen. Im ganzen — 500 ccm.	Exit. letalis non procul.
12	Truffier, Kaufmannsfrau	69	Cancer mammae	5. März 1896	Mamma und Axelhöhle infiltrirt. Dauer über 2½ Jahre.	Inoperabil.	Serum antistreptococcum. — Wirkungslos auf den localen Zustand. Kleine Dosen: zu 0,5—1,0 — während eines Monates.	Tod in Paris 1897 Januar
13	Miroschinkova, Wittwe e. Beamten	48	Cancer mammae	22. Jan. 1896	Am 16. Februar nach der Amputation der Mamma entlassen. Im April — erste Zeichen des Recidivs in den Lymphdrüsen.	29. Jan. 1896	Injectionen von Serum antistreptococcum im Frühlinge 1896; im ganzen 18 ccm; und im Herbste 1896 — im ganzen 120 ccm. — Einige Knötchen erweichten. Doch — das Leiden verbreitete sich hartnäckig.	Steht d. letalen Ausgange bevor.
14	Gneditsch, Officiersfrau	43	Cancer mammae	9. April 1896	Affection der Drüsen. — Allgemeiner Zustand schwach.	Inoperabil.	Serum arsenicosum equinum. — Nicht langer Gebrauch von Serum, da die Kranke sich der Behandlung entzog. Im ganzen bekam sie 20 ccm.	Unbekannt
15	Zabiegaeff, Officierswittwe	48	Cancer mammae	19. Oct. 1895	Am 22. April 1894 Amputation der Mamma. — 1½ Jahre später Metastasen in den Drüsen.	22. April 1894 23. Oct. 1895	Danach wieder Metastasen in den Drüsen: Serum antistreptococcum. Im ganzen 25 ccm. Die Krankheit griff um sich in unaufhaltsamer Weise.	Sterbend im Juni 1897
16	Korneff, Hauswächter	53	Cancer parotidis	3. Sept. 1896	Grosser Tumor. Affection der Lymphdrüsen. Unaufhaltsame Verschlimmerung.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 3. Sept. — 1,0; 7. — 1,0; 10 — 2,0; 14. — 2,0; 17. — 2,0; 21. — 3,0; 24. — 3,0; 6. Oct. — 4,0; 7. — 3,0; 13., 17. und 21. zu 4,0; 24. — 5; 27. — 6,0; 31. — 7,0; 3. Nov. — 8,0 u. s. w.	Tod
17	Kaschin, Kaufmann	58	Cancer gland. saliv. submaxill.	6. Sept. 1896	Wegen der ausgedehnten Drüsenaffection am Halse — Operation nicht auszuführen. Allmähliche, aber stetige Vergrösserung der Neubildung.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 7. Sept. — 1,0; 10. — 2,0; 13. und 16. zu 3,0; 19. und 22. zu 4,0; 23., 25. und 27. zu 5,0; 29. — 6,0; 1. Oct. 7,5; 3., 5. und 7. zu 8,0; 9. — 9,0; 11. — 7,0; 13. — 7,5; 15. — 6,0 u. s. w.	Noch lebend
18	Glaseva,	58	Cancer mammae	29. Febr. 1896	Scirrhöse Form. Affection der Lymphdrüsen. Allgemeine Schwäche.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 29. Febr. und 7. März, 14, 22. und 31. zu 1.5. Am 4., 7., 8. und 11. April zu 3,0; 14., 25., 28. April; 1., 5., 8., 12., 19., 23. und 30. Mai zu 2,5 bis 3.	Unbekannt
19	Efimoff, Kaufmann,	55	Cancer vesicae urinariae	21. Oct. 1896	Cavum Retzii ebenfalls durch Tumoren gefüllt. — Dauer der Krankheit über 2 Jahre. — Rascher Verlauf. Zunehmende Schwäche.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 21. Oct. — 1,0; 23. — 2,0; 25. — 3,0; 27. — 4,0; 29. — 5,0; 31. — 6,0; 2. Nov. — 7,0; 4. — 8,0; 6. — 9,0; 8. — 10,0; 10. — 10,0; 12. — 10,0; 14., 16. und 18. zu 10,0 u. s. w.	Tod Ende Nov. 1896
20	Prisnenko	37	Cancer mammae	12. Jan. 1896	Amputation der Mamma 1894. Metastasenbildung in den Lymphdrüsen. Zweite Operation zum Zwecke der Excision der afficirten Lymphdrüsen.	15. Jan. 1896	Trotz der angewandten Injectionen zu Dosen von 1,5—3 ccm. dauerte das Weiterschreiten der Krebskrankheit fort. — Steht dem Tode wahrscheinlich nahe.	Unbekannt

№	Name und Stand	Alter	Diagnose	Datum d. Aufnahme	Verlauf der Krankheit	Datum der Operationen	Allgemeines über die Injectionen	Ausgang
					SARCOME			
1	Kuperina, Kaufmannsfrau	60	Lymphosarcoma inguinis utriusque	20. Nov. 1895	Erkrankte im Anfange 1864. Behandelt und operirt drei mal in einem grossen Hospital in Ostrussland. — Grosse sarcomatöse Tumoren im Becken, in der Seite. Allgemeiner Zustand erträglich.	1) Oct. 1894 2) Dec. 1894 3) März 1895	Injectionen von Serum equinum arsenicale in die sarcomatösen Tumoren. — Rasch aufsteigende Dosen: 29. Nov. — 1,0; 30. — 3,5; 2. Dec. — 2,0; 9. — 4,0; 12. — 10; 16. — 9; 20. — 12; 23. — 15; 28. — 17,5; 6. Jan. — 19,5; 13. — 20,0; 20. — 4,0. Heftige Reaction sogleich nach der Injection.	Disseminat. Tod im Nov. 1896
2	Gorbow, Chormeister	34	Sarcoma mesenterii	10. Jan. 1896	Erkrankte im October 1895. Kopfgrosser Tumor in der Bauchhöhle. Bei der Probelaparotomie erwies sich der Tumor als Sarcom des Mesenterium des Dünndarmes.	22. Jan. 1896	Serum equinum arsenicosum -- injicirt am 24. Januar — 5,0; 26. — 7,0; 29. — 5; 31. — 6,0. -- Cachexie. Bei der Autopsie erwies sich kleinzelliges Sarcom.	Tod 8. Febr. 1896
2	Malafaeff, Geselle	18	Angiosarcoma orbitae	12. Oct. 1896	Exophthalmus seit 3 Jahren. In letzter Zeit rasche Vergrösserung. — Hinter dem Augapfel harter Tumor.	22. Jan. 1896	Serum equinum arsenicosum: 9. Nov. — 1,0; 14. — 1,5; 16. — 2,0; 23. — 2,5; — Da die Geschwulst suchte fortzuwuchern, so entzog sich der Kranke der Behandlung und in einer anderen Klinik wurde ihm eine Carotidenunterbindung vorgenommen.	Ausgang unbekannt
4	Morosowskaja, Frau e. Beamten	57	Sarcoma thoracis	19. März 1896	Mannskopfgrosser Tumor. Vor 4 Jahren entstanden. Seit October 1895 rasche Wucherung. Recidiv nach der Operation.	1. April 1896 Excision mit plastik.	Um das Recidiviren zu verhindern wurde in der Umgebung Serum antistreptococcum injicirt: 1. April — 1,0; 9. — 1,5; 13. — 2,0 u. s. w. trotzdem erfolgte ein Recidiv.	Tod an Recid. im April 1897
5	Scheïn, Taglöhner	16	Sarcoma colli	10. Sept. 1896	Mannskopfgrosse Geschwulst in 1½ Jahren entstanden. Heftige Schmerzen.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum equinum: 13. Sept. 1,0; 16. — 2,0; 25. — 3,0; 27 — 4,0. — Kein Einfluss auf die Neubildung. Der rasche Wuchs dauert fort. Pat. entzog sich der Behandlung.	Unbekannt
6	Mokeïeff, Schriftführer	39	Sarcoma cutis	9. Oct. 1896	Primäre Geschwulst in der Lumbalgegend. Aeusserst rapider Verlauf. Dissemination über den ganzen Körper.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum: 20. Oct. — 1,0; 22. — 1,5; 25. — 2,0; 27. — 3,0; 3. Nov. — 4,0; 5. — 5,0; 6. — 5,0; 8. -- 6,0; 11. — 7,0; 14 — 8,0. — Dissemination und Metastasen in der Haut und in den inneren Organen. Heftige Schmerzen.	Tod 27. Nov. 1896
					CARCINOME			
7	Toporkova, Frau e. Beamten	65	Cancer mammae	27. Nov. 1895	Seit 3 Jahren krank. Exulceration des primären Tumors. Zahlreiche Dissemination in der Umgebung. Behandlung mit Toxinen von Erysipelcoccen.	Unoperirbar	Serum antistreptococcum wurde nicht lange injicirt: 29. Nov. 1895 — 1,0; 30. — 4; 2. Dec. — 4,0; 4. — 3,5 u. s. w., da der Kranken die Einstiche sehr schmerzhaft waren. Sie entzog sich der Behandlung.	Tod im Winter 1896
8	Trifonoff, Beamte	54	Cancer parotidis	9. Dec. 1895	Erkrankt im Juni 1895. Die Geschwulst hat sich auf die Lymphdrüsen verbreitet. — Heftige Kopfschmerzen.	Unoperirbar	Serum arsenicale: 9. Dec. — 2,0; 13. — 5,0; 14. — 7,0; 19. — 7,0; 26. — 6,0; 3. Jan. 6,0; 11. — 10,0; 17. — 10,0; 23. — 8,0. Serum antistreptococcum: 29. Jan. — 5,0; 7. Febr. — 5,0; 13. Febr. — 7,0; 20. — 7,0; 28. — 7,0; 6. März — 6,0; 12. — 3,0; 14. — 3,0; 18. — 3,0; 21. — 4,0; 29. — 3,0; 12. April — 1,0 u. s. w.	Tod am 26. Juni 1896

					Lymphbahnen. Rasche Verschlimmerung zur Zeit der Behandlung.		Dosen.	
10	Kurbanoff, Oberlehrer	51	Cancer laryngis	18. Jan. 1896	Am 16. August 1895 in Berlin von Prof. Hahn operirt. Am 25. November in Kiew von Sapeshko zum zweiten Mal operirt. — Casus zur Zeit inoperab.	16. Aug. 1895 21. Nov. 1895	Serum antistreptococcum: 18. Jan. — 1,0; 20. — 0,5; 22. — 1,0; 25. — 1,5; 29. — 2,0; 1. Febr. — 2,5; 4. — 3,0; 7. — 1,0; 11. — 3,0. — Zunahme des Tumors. Der Kranke setzte fort die Behandlung in Kiew.	Erschoss sich im Aug. 1896
11	Stravinska, Frl. Gutsbesitzerin	50	Cancer mammae	2. Jan. 1896	Seit 2 Jahren krank. — Nicht exulcerirter Tumor. Drüsen afficirt. Amputation mammae. 4. Januar Metastasen in den Drüsen. Exstirpirt am 23. December 1896.	4. Jan. 1896 23. Dec. 1896	Am 12. März constatirte man neue Recidive in den Drüsen am Halse. Um die zu resorbiren schlug man das Serum antistreptococcum vor: 4. März — 1,0; 8. und 12. zu 1,5; 14. — 2,0. Nach der Operation den 23. Dec. — Wiederholung von Injectionen. Im ganzen — 500 ccm.	Exit. letalis non procul.
12	Truffier, Kaufmannsfrau	69	Cancer mammae	5. März 1896	Mamma und Axelhöhle infiltrirt. Dauer über 2½ Jahre.	Inoperabil.	Serum antistreptococcum. — Wirkungslos auf den localen Zustand. Kleine Dosen: zu 0,5—1,0 — während eines Monates.	Tod in Paris 1897 Januar
13	Miroschinkova, Wittwe e. Beamten	48	Cancer mammae	22. Jan. 1896	Am 16. Februar nach der Amputation der Mamma entlassen. Im April — erste Zeichen des Recidivs in den Lymphdrüsen.	29. Jan. 1896	Injectionen von Serum antistreptococcum im Frühlinge 1896; im ganzen 18 ccm; und im Herbste 1896 — im ganzen 120 ccm. — Einige Knötchen erweichten. Doch — das Leiden verbreitete sich hartnäckig.	Steht d. letalen Ausgange bevor.
14	Gneditsch, Officiersfrau	43	Cancer mammae	9. April 1896	Affection der Drüsen. — Allgemeiner Zustand schwach.	Inoperabil.	Serum arsenicosum equinum. — Nicht langer Gebrauch von Serum, da die Kranke sich der Behandlung entzog. Im ganzen bekam sie 20 ccm.	Unbekannt
15	Zabiegaeff, Officierswittwe	48	Cancer mammae	19. Oct. 1895	Am 22. April 1894 Amputation der Mamma. — 1½ Jahre später Metastasen in den Drüsen.	22. April 1894 23. Oct. 1895	Danach wieder Metastasen in den Drüsen: Serum antistreptococcum. Im ganzen 25 ccm. Die Krankheit griff um sich in unaufhaltsamer Weise.	Sterbend im Juni 1897
16	Korneff, Hauswächter	53	Cancer parotidis	3. Sept. 1896	Grosser Tumor. Affection der Lymphdrüsen. Unaufhaltsame Verschlimmerung.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 3. Sept. — 1,0; 7. — 1,0; 10 — 2,0; 14. — 2,0; 17. — 2,0; 21. — 3,0; 24. — 3,0; 6. Oct. — 4,0; 7. — 3,0; 13., 17. und 21. zu 4,0; 24. — 5; 27. — 6,0; 31. — 7,0; 3. Nov. — 8,0 u. s. w.	Tod
17	Kaschin, Kaufmann	58	Cancer gland. saliv. submaxill.	6. Sept. 1896	Wegen der ausgedehnten Drüsenaffection am Halse — Operation nicht auszuführen. Allmähliche, aber stetige Vergrösserung der Neubildung.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 7. Sept. — 1,0; 10. — 2,0; 13. und 16. zu 3,0; 19. und 22. zu 4,0; 23., 25. und 27. zu 5,0; 29. — 6,0; 1. Oct. 7,5; 3., 5. und 7. zu 8,0; 9. — 9,0; 11. — 7,0; 13. — 7,5; 15. — 6,0 u. s. w.	Noch lebend
18	Glascva,	58	Cancer mammae	29. Febr. 1896	Scirrhöse Form. Affection der Lymphdrüsen. Allgemeine Schwäche.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 29. Febr. und 7. März, 14, 22. und 31. zu 1.5. Am 4., 7., 8. und 11. April zu 3,0; 14., 25., 28. April; 1., 5., 8., 12., 19., 23. und 30. Mai zu 2,5 bis 3.	Unbekannt
19	Efimoff, Kaufmann,	55	Cancer vesicae urinariae	21. Oct. 1896	Cavum Retzii ebenfalls durch Tumoren gefüllt. — Dauer der Krankheit über 2 Jahre. — Rascher Verlauf. Zunehmende Schwäche.	Inoperabilis	Serum antistreptococcum: 21. Oct. — 1,0; 23. — 2,0; 25. — 3,0; 27. — 4,0; 29. — 5,0; 31. — 6,0; 2. Nov. — 7,0; 4. — 8,0; 6. — 9,0; 8. — 10,0; 10. — 10,0; 12. — 10,0; 14., 16. und 18. zu 10,0 u. s. w.	Tod Ende Nov. 1896
20	Prisnenko	37	Cancer mammae	12. Jan. 1896	Amputation der Mamma 1894. Metastasenbildung in den Lymphdrüsen. Zweite Operation zum Zwecke der Excision der afficirten Lymphdrüsen.	15. Jan. 1896	Trotz der angewandten Injectionen zu Dosen von 1,5—3 ccm. dauerte das Weiterschreiten der Krebskrankheit fort. — Steht dem Tode wahrscheinlich nahe.	Unbekannt

bis $^{60}/_{500}$ (= 0,000120) gestiegen werden; in den ungünstig verlaufenen Fällen ist über die Dosis von $^{50}/_{500}$ (0,000010) gar nicht hinausgegangen worden.

Auch die Zahl der Injectionen war eine geringe; in den ungünstig verlaufenen Fällen nur 1, 2, 3 (in 3 Fällen), 5. In den drei ganz leichten Fällen betrug sie 7, 9. 13.

Dr. Kernig geht somit noch weiter, als die 3 hochverehrten Vorredner, er warnt direct vor der Anwendnrg des neuen Tuberkulin R.

Was den 2. von d. H. Vorredner ausführlich erörterten Punkt, die klimatische Behandlung anbetrifft, so constatirte Dr. Kernig, dass auch in dem feuchtkühlen Klima des Norden Russlands in der Umgebung St. Petersburgs, in Zarskoje Selo. in Gatschina, und in Estland, Finnland, bei Minderbegüterten, die keine Möglichkeit haben grosse Reisen in den Süden und in die Alpen zu unternehmen, unter Umständen ganz auffallende Besserungen und relative Heilungen beobachtet werden. Zur Bestätigung dessen weist er darauf hin, das schon seit Jahren die russische Regierung das Sanatorium Halila in Finnland gegründet hat, und dass ferner in Finnland durch Herrn Dr. Masing ein anderes Sanatorium durch Privatinitiative gegründet wird. Das schwere trübe Klima St. Petersburgs und seiner Umgebung bringt es mit, dass gewiss jeder Lungenkranke, der irgend begütert ist, in den Süden oder in die Berge oder in die grossen Sanatorien Deutschlands fortzieht, aber als Grenzen die Dr. Kernig sich bei der Verordnung einer Reise in den Süden Russlands oder in das Ausland gezogen hat bezeichnet er den Umstand, ob diese Reise in materiellem Sinne sorgenlos von den Kranken geleistet werden kann.

Nur wenn dieses der Fall ist, soll der Kranke reisen, sonst soll er sich getrost in den Landorten in der Umgegend St. Petersburgs, in Finnland, in Estland der Cur unterziehen, sei es nun ohne oder mit Gebrauch von Creosot zu welch, letzerem sich Dr. Kernig ausdrücklich bekennt.

Dehio (Jurjew) weist auf die grossen Erfolge hin, welche bei der Behandlung der Phthisis bei uns zu Lande in Halila in Finnland und in Lindheim in Livland erzielt werden. Leider würden diese Orte noch häufig übersehen und die Kranken weit von ihrer Heimath ins Ausland geschickt. In unseren nordischen Sanatorien würde man sicher ebenso günstige Resultate erzielen wie in der Ferne. — Es sei wünschenswerth, dass die Regierung die Gründung von Sanatorien in ihre Hände nehme.

Jawein (St. Petersburg) theilt über 8 Fälle mit, die in der Klinik von Janowski mit T. R. behandelt worden waren, und wo das Resultat ein schlechtes war. Er spricht den Wunsch aus, die reiche Moskauer Kaufmannschaft möge auch in der Gründung von Sanatorien ihre grosse Wohlthätigkeit ausüben.

Gerhardt (Berlin): Die innere Behandlung der Tuberculose der Lungen hat bankerott gemacht. Das Jodoform helfe zwar bei der Gelenktuberculose und die Milchsäure bei der des Larynx, für die Lungen haben wir aber kein Mittel; daher ist das Suchen nach einem solchen berechtigt und es ist nicht unmöglich, dass wir eins finden werden. Der klimatischen Therapie kommt eine grosse Bedeutung zu, aber in der Mehrzahl der Fälle ist das Leben in den Curorten mit zu grossen Kosten verbunden, als dass der Kranke dort ruhig leben könnte. Und diese Sorge um die Zukunft schade dem Kranken. Er stelle sich daher durchaus auf den Standpunct von Kernig und möchte dessen Definition, nämlich, dass die Reise in materiellem Sinne sorgenlos von dem Kranken geleistet werden kann, eingeführt sehen. Es sei daher nöthig Volkssanatorien zu eröffnen, wo der minderbemittelte Patient gratis oder für ein Geringes Unterkommen fände. Gesellschaft und Staat müssen gemeinschaftlich dafür arbeiten. Es hilft die reine Luft, nicht die Höhenluft. Erstere lässt sich überall finden; sowohl auf der See, wie in der Steppe und im Gebirge. —

Drozda (Wien). Eine rationelle Therapie der Lungentuberkulose hat mehrere wichtige Aufgaben zu lösen: 1) müssen die im Gefolge der Invasion der Tuberkelbacillen, Streptococcen, Staphylococcen etc. im Organismus sich häufenden Toxine, zunichte gemacht, sowie die gleichzeitig zu Tage tretenden Pyrotoxine energisch bekämpft werden. Nachdem diese solange reproducirt werden, als virulente Mikroorganismen im menschlichen Körper überhaupt noch vorhanden sind, so ist es wohl klar, dass nur durch energische, consequent in dieser Richtung zu treffende Massnahmen dieses Ziel zu erreichen ist und werden nun auf Grund sorgfältiger Studien die diesbezüglich zweckdienlichen Mittel und und Wege gewiesen und die jeweilige Art ihrer Ingerenz eingehend klargestellt; 2) muss zunächst, nachdem an eine sofortige rasche Ausscheidung der Mikroorganismen bei stärkerer Invasion nicht zu denken ist, nach Möglichkeit die Virulenz der bereits eingedrungenen Bakterien herabgesetzt werden, um der weiteren Fortwucherung derselben und der Bildung der secundären Toxine entgegenzuwirken, und werden auch in dieser Richtung unter Verwerthung der durch das Studium der Biologie der Mikroorganismen bis dahin gewonnenen Resultate die zweckdienlichen Wege gewiesen, die einzuschlagen sind: 3) muss auf die allmälig zu erstrebende Stärkung der vitalen Energie der krankhaft betroffenen Organe hingewirkt, für die lente Lockerung und spätere Lösung etwa bestehender pleuritischer Adhäsionen vorgesorgt und successive die freie Entfaltung der einzelnen Lungentheile angestrebt werden. Damit schreitet parallel einher die allmälich sich vollziehende Lockerung der derben tuberkulösen Infiltrate, die bis dahin einzelne Lungenabschnitte fest umschlossen hielten, einen respiratorischen Gasaustausch in denselben verhinderten und sie für die weitere Invasion entsprechend präpatirten. Es werden gewissenhaft die Mittel und Wege gezeichnet, welche in dieser Richtung wohl in lenter aber sicherer Weise das anzustrebende Ziel erreichen lassen; 4) muss auch für die anstandslose und zweckentsprechende Eliminirung der allmälig sich lockernden Infiltratmassen Sorge getragen werden und werden detaillirt die zu treffenden Verhaltungsmassregeln angegeben; 5) schliesslich müssen auch noch die etwa in die Lymphbahnen durch bereits erfolgte Resorption gelangten Mikroorganismen unschädlich gemacht und sohin die weitere Gefahr einer von daraus eventuell späterhin erfolgenden weiteren Infection verhütet werden. Auch in dieser Richtung wird das Zweckdienliche angegeben und die Art der Ingerenz der zu treffenden Massnahmen eingehend beleuchtet.

Der Vortragende gelangt demnach auf Grund eines langjährigen sorgfältigen Studiums zu dem Schlusse, dass tuberculöse Infiltrationen und phthisische Vorgänge bei rechtzeitigem zielbewussten und consequenten Vorgehen im Sinne der angegebenen Ausführungen allerdings nur in lenter, aber sicherer Weise zur vollständigen Ausheilung gebracht zu werden vermögen. Selbst bei vorgeschrittener Lungenphthise, wo die Aussicht auf Heilung schwindet. ist unter dem eingeschlagenen Regime eine ganz auffällige Besserung des Zustandes und eine Verlängerung der Lebensdauer zu gewärtigen.

Laache (Christiania) spricht über die Anwendung des Aderlasses bei der Behandlung der Uraemie.

In einem Falle von Anurie infolge von Nierensand hatte während 6 Tagen keine Nierensecretion stattgefunden. Der Puls war sehr gespannt, die Pupillen äusserst verengert, es bestand leichte Somnolenz, das Gesicht war geröthet.

Bald nach dem Aderlasse fing Pat. an zu uriniren und nach einigen Tagen war er genesen. In zwei anderen Fällen mit typischen urämischen Krämpfen wurden ebenfalls gute Erfolge beobachtet. Im ersten von diesen Fällen war 1 Liter Blut entzogen worden. Sonst gewöhnlich 500 ctm. Das Quantum darf nicht zu gering sein. Man muss auf den Allgemeinzustand Rücksicht nehmen.

Bremer (St. Louis, Nordamerika) macht von einem, von ihm entdeckten Verfahren Mittheilung, durch welches die Diagnose des Diabetes aus einem Tropfen Blut gestellt werden kann. Derselbe wird zwischen 2 Objectivträgern wellenförmig ausgetsrichen. Letztere werden hierauf für einige Minuten in den Wärmeschrank bei 35° C. gelegt. Dann kommen sie für kurze Zeit in eine einprocentige Lösung von Congoroth oder Methylblau (nicht Methylenblau!). Der diabetische Blutausstrich färbt sich bei dieser Methode nicht, jeder anderen aber wohl.

Die Reaction soll bei wirklichem Diabetes unfehlbar sein und selbst in Fällen gelingen, wo der Zucker aus irgend welchem Grunde nur temporär abwesend ist.

Pavy (London) hält einen längeren Vortrag über den Diabetes mellitus.

Der Diabetes besteht, kurzgesagt. in einer fehlerhaften Assimilation der Kohlenhydrate durch den thierischen Organismus. Redner vergleicht ein gesundes und ein an Diabetes leidendes Individuum nach der Einführung von Zucker. Beim gesunden entspricht letzterer nur den Bedürfnissen des Organismus; bei dem Diabetiker wird er dagegen als ein unnützer Stoff mit dem Urin ausgeschieden. Eine Urinuntersuchung, welche Zucker ergiebt, beweist, dass auch das Blut denselben enthält. Bei einem Gesunden übt die Art der Ernährung keinerlei Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes und des Urins aus (?), aber wenn aus irgend einem Grunde Zucker im allgemeinen Kreislaufe auftritt, so findet er sich sicher im Urin wieder. — Das wichtigste Moment, um einer Glycosurie vorzubeugen ist folglich das Bestreben zu verhindern, dass der Zucker in den allgemeinen Kreislauf gelangt. Der gesunde Organismus gelangt dazu durch eine Assimilationsarbeit, welche von einer Umbildung in Fett und von einer Synthese in ein eiweisshaltiges Glycosid begleitet wird. — Die leichte Form des Diabetes ist das Resultat einer fehlerhaften Assimilation. Der Grad der Veränderung variirt je nach der Schwere des Falles.

Die Behandlung muss bestrebt sein die assimilatorische Kraft des Organismus wiederherzustellen. Dieses vollzieht sich in

dem Verhältniss, in welchem Kohlenhydrate eingeführt werden können, ohne dass Zucker im Harn erscheint. Ist dieses Resultat erreicht, dann verlangt der Organismus noch zuckerhaltige Nahrung in dem Maasse, als er dieselbe utilisiren kann und wenn diese Bedürfnisse dann nicht befriedigt werden, so läuft er Gefahr an Form und Volumen beeinträchtigt zu werden.

Die Einführung des Zuckers muss durchaus dem Grade der Assimilationskraft angepasst werden, d. h. mit anderen Worten, sie darf nie so gross sein, dass Zucker im Harn auftritt. — Redner beleuchtet hierauf die bösen Folgen einer fehlerhaften diabetischen Diät.

Die Hauptaufgabe der Therapie ist also den Urin frei von Zucker zu halten und die Ausgaben des Organismus im Gleichgewicht zu erhalten. Die Erscheinungen des Diabetes sind zurückzuführen auf die abnorme Anwesenheit des Zuckers im Blute. Bei der schweren Form des Diabetes im jüngeren Lebensalter findet sich neben dem durch mangelhafte Assimilation der Kohlenhydrate der Nahrung gebildeten Zucker, noch Zucker welcher durch Zerfall der albuminösen Glycoside des Körpers entstanden ist. K—r.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. November 1896.

1. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen Pat., dem nach Entfernung eines Wangencarcinoms die plastische Deckung des Defectes nach Israel durch einen vom Halse her umgeschlagenen Hautlappens gemacht ist.

2. Dr. Gerich hält den angekündigten Vortrag über intrauterine Kolpeuryse. (Erscheint im Druck).

Dr. Knorre: Die Methode der intrauterinen Kolpeuryse sei von ihm mehrfach angewendet worden und habe sich ihm als bequem, leistungsfähig und sicher bewährt. Dass in den Fällen des Vortragenden so häufig Atonie des Uterus eintrat, schreibe er der schnellen Entleerung des Uterus zu, die er, wie überhaupt das vom Vortr. in den meisten Fällen geübte forçirte Verfahren durch starken Zug am Kolpeurynter, nicht ganz billigen könne. Der Kolpeurynter solle gewissermassen die Blase ersetzen, durch Druck auf das untere Uterinsegment und langsame Dehnung desselben Wehen auslösen und so einen normalen Partus herbeiführen, daher befürworte er anstatt des starken Zuges am Kolpeurynter, den allmählichen, aber constant wirkenden Zug durch ein angehängtes Gewicht (2—3 Pfund). Für die Ausdehnung des Ballons haben als Massstab die Kopfmasse des normalen Kindes zu dienen. Die Indicationen zur intrauterinen Kolpeuryse betreffend erwähnt er noch die Placenta praevia. Hierbei habe der Kolpeurynter den Vortheil, dass er den Blasensprung entbehrlich mache, somit bessere Chancen für das Kind biete. Unter den vom Vortr. referirten Fällen erscheine ihm die Tuberculose als zweifelhafte Indication zur künstlichen Frühgeburt, jedenfalls scheine ihm das vom Vortr. angewandte forcirte Verfahren nicht angebracht.

Dr. Gerich: Ihm habe speciell in dem mit Tuberculose complicirten Fall an schneller Beendigung der Geburt gelegen, da die Localität sehr unsauber und seiner Ansicht nach daher ein protrahirter Verlauf der Geburt nicht ohne Infectionsgefahr gewesen wäre. Lungentuberculose der Mutter als Indication zur künstlichen Frühgeburt sei zuerst 1870 von Stehberger aufgestellt, 1872 von Pfannkach und später von Leopold befürwortet worden. Weitere Indicationen seien Vorfall der Nabelschnur und Eklampsia parturientium. Bei Placenta praevia empfehle Dührssen vor Einführung des Kolpeurynters die Blase zu sprengen, um eine weitere Ablösung der Placenta durch die Wehen (Zug der Eihäute) zu verhindern.

Dr. Berkholz hat in Breslau auf der Abtheilung Keilmann's in 2 Fällen die Anwendung der intrauterinen Kolpeuryse gesehen. In beiden Fällen langsamer Zug durch ein angehängtes Gewicht, Austreibung des Kolpeurynters und natürlicher Partus im Verlauf einiger Stunden.

Dr. Rulle verwirft ebenfalls das forcirte Verfahren (starker Zug am Kolpeurynterschlauch), auch die Mängel der Localität im Falle des Vortr. könne er nicht als zwingend für die Anwendung desselben anerkennen. Eklampsie gilt ihm nicht unbedingt als Indication zur künstlichen Frühgeburt, da sie seiner Erfahrung nach durch innere Mittel, und zwar Antifebrin (in Dosen von 0,5—0,6, 1—2 Mal) günstig beeinflusst werde. Bei Atonia uteri empfiehlt er die Anwendung kalter Douchen auf den Unterleib.

Dr. Bergengrün macht Angaben über die Art der tuberculösen Erkrankung in dem Falle des Vortragenden. Es habe sich um die seltene Form einer primären Pharynxtuberculose gehandelt, lange Zeit ohne nachweisbare Lungenaffection. Er sei der Ansicht, dass vorgeschrittene Tuberculose die künstliche Frühgeburt indicire und habe auch in diesem Falle in Consultation mit Vortragendem der Operation zugestimmt.

Dr. Knorre: Gewiss sei Tuberculose im Allgemeinen als Indication zur künstlichen Frühgeburt anzuerkennen. Doch bliebe fraglich, ob nicht unter Umständen im Interesse des Kindes Zuwarten geboten sei. Es wäre wünschenswerth, aus einem grösseren Material Genaueres über den Verlauf der Tuberculose in den letzten Monaten der Schwangerschaft bezw. nach dem Partus zu erfahren.

Dr. Gilbert hat einen der vom Vortr. angeführten Fälle (Frau mit verengtem Becken) vor 2 Jahren zum ersten Male entbunden. Sehr schwerer Forceps, todtes Kind; im Wochenbett mittelschwere Parametritis. Die persistirenden Reste derselben hätten seiner Ansicht nach allein schon die künstliche Frühgeburt indicirt. Das forcirte Verfahren mit Wendung erschiene ihm im Interesse der Vermeidung ungünstiger Kopfeinstellung vorzuziehen.

Dr. Radecki bemerkt zur letzten Aeusserung Dr. Knorre's, er verfüge über einen Fall von Unterbrechung der Schwangerschaft durch künstlichen Abort wegen Tuberculose mit günstigem Erfolge. Nicht ganz klar sei ihm, warum Vortr. in einigen seiner Fälle an die Kolpeuryse die Wendung angeschlossen habe, ferner, warum nicht in den Fällen mit für mehrere Finger durchgängigem os uteri die combinirte Wendung nach Braxton-Hicks versucht sei und erst im Falle ihres Misslingens die Kolpeuryse. Er selbst habe in einem Falle die Braxton-Hicks'sche Wendung angewandt und sei mit dem Erfolge sehr zufrieden gewesen.

Dr. Gerich: Die Braxton-Hicks'sche Wendung wäre wohl nur in einem seiner Fälle möglich gewesen, gerade in diesem habe der Kolpeurynter in 4 Minuten genügende Erweiterung bewirkt. In den anderen Fällen sei trotz genügender Erweiterung des os uteri ext. das orificium zu eng gewesen.

Dr. Hach: Vorgeschrittene Tuberculose als Indication zur künstlichen Frühgeburt sei ausser Zweifel und müsse auch im Falle des Vortr. als solche anerkannt werden. Da das Leben der Mutter durch die Tuberculose nicht unbedingt in Frage gestellt werde, gehe es unter allen Umständen dem des Kindes vor und sei eventuell auch in einem früheren Stadium der Schwangerschaft die Aufopferung des Kindes durch künstlichen Abort gerechtfertigt. Gegenüber Dr. Rulle hält er Eklampsie für eine stringente Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Wenn auch der Erfolg der Entleerung des Uterus kein absolut sicherer sei, so sei doch die Zahl der Fälle, in denen unmittelbar oder doch bald nach derselben die Krämpfe aufhörten, eine zu überwältigende, als dass man noch an die Wirkung derselben zweifeln könne. Er leite in solchen Fällen stets sofort die Geburt ein und sei es ihm häufig gelungen, durch Einführung zweier Finger bis in den Muttermund und Spreizung derselben genügende Erweiterung zu erzielen und bei Mehrgebärenden in $1/2$—1 Stunde, einmal auch bei einer Primipara in $3/4$ Stunde die Geburt zu beenden. Dem Kolpeurynter haften seiner Ansicht nach verschiedene Mängel an; er habe bisher keine Veranlassung gehabt, ihn anzuwenden und würde um dieser Mängel willen gegebenenfalles die Dührssen'schen Incisionen vorziehen. Erstens sei die Gefahr beim Platzen des Kolpeurynter doch sehr gross, zweitens sei bei Instrumenten, die auch nur einige Zeit gelegen haben, die Oberfläche sehr leicht rissig und daher schwer mit Sicherheit sterilisirbar, drittens endlich seien hier am Platze überhaupt keine guten Kolpeurynter erhältlich, wie ja auch Vortr. in mehreren seiner Fälle keine genügende Erweiterung erzielen konnte, da die Kolpeurynter sich wurstförmig auszogen, und daher zur mehrmaligen Einführung des Kolpeurynter genöthigt war.

Dr. Knorre wiederholt, er sei nicht principieller Gegner der Tuberculose als Indication zur künstlichen Frühgeburt, doch halte er daneben die Möglichkeit des Zuwartens in geeigneten Fällen aufrecht. Die Wendung nach Braxton-Hicks sei meist sehr schwierig und gegenüber der Kolpeuryse, die doch gewissermassen eine Nachahmung des natürlichen Geburtsverlaufes darstelle, doch das eingreifendere Verfahren.

Dr. L. Helmsing bemerkt, dass nach Meurer die Tuberculose im Allgemeinen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft geringe Fortschritte mache bezw. ganz still stehe, um in der zweiten Hälfte bezw. im Puerperium rapid zu verlaufen. Bezüglich der Kolpeuryse bemerkt er, dass Schauta, der früher einer der Hauptvorkämpfer dieser Methode gewesen sei, jetzt die Krause'sche Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bevorzuge und nur, wo schnelle Entleerung des Uterus indicirt sei, zur Kolpeuryse greife.

Dr. Gerich: In jüngster Zeit verwende Schauta die Kolpeuryse wieder in viel ausgedehnterem Masse.

Dr. Berkholz erinnert sich eines Falles in dem wegen Tuberculose die künstliche Frühgeburt in Aussicht genommen, jedoch abgelehnt wurde. Auch hier hielten sich die Lungen- und Larynxerscheinungen bis zum Ende der Schwan-

gerschaft in mässigen Grenzen, um nach der Entbindung in rapidem Verlauf zum Exitus zu führen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Aug. d. J. 7245 (102 mehr als in d. Vorw.), darunter 600 Typhus — (23 mehr), 854 Syphilis — (14 mehr), 132 Scharlach — (5 mehr), 153 Diphtherie — (3 wen.), 36 Masern — (1 mehr) und 20 Pockenkranke — (8 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. August 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
338	237	575	134	53	107	24	9	16	57	51	33	26	33	23	4	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 16, Scharlach 5, Diphtherie 43, Croup 5, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 5, Erysipelas 5, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 4. Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 110, Todtgeborene 28.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Довв. ценз. Спб. 29 Августа 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 6. (18.) September 1897

Montreux
am Genfer-See mit
Mont-Fleuri, Glion, Les Avants und Caux

Von
Dr. med. A. Nolda
in Montreux und St. Moritz.

Der Bezirk Montreux, welcher zur Präfectur Vevey gehört, ist aus drei Gemeinden zusammengesetzt und bildet einen der sechszig Kreise des Kantons Waadt.

1. Gemeinde Châtelard im Westen mit Les Avants auf der Höhe.
2. Gemeinde Veytaux im Osten mit dem berühmten Schloss Chillon.
3. Les Planches, zwischen den beiden ersteren gelegen. Den Mittelpunkt dieser Gemeinde bildet die alte Pfarrkirche von Montreux. Zu ihr gehören Territet und auf der Höhe Mont-Fleuri, Glion und Caux

Diese drei Gemeinden werden topographisch am besten in zwei Zonen eingetheilt.

Die erste Zone umfasst die am See gelegenen Ortschaften; die zweite Zone wird von den Höhenstationen Glion, Les Avants und Caux gebildet.

Von den direct am oder in der Nähe des Sees gelegenen Ortschaften der Bucht von Montreux nehmen Clarens, Vernex, La Rouvenaz, Kirch-Montreux, Bon-Port, Territet, Veytaux mit Chillon unser Interesse als Mittelpunkt des Fremdenverkehrs in Anspruch. Diese Dörfer bilden einen einheitlichen zusammenhängenden Kurort mit gleichen klimatischen Verhältnissen, an dessen Grenzen im Westen das Hôtel Ketterer und im Osten das Hôtel Byron als stolze prächtige Eckpfeiler emporragen.

Zwischen diesen beiden Punkten zieht sich der eigentliche Kurort Montreux in einer ungefähren Ausdehnung von $1^1/_2$ Stunden am Genfer-See hin. Grosse mit allem Comfort der Neuzeit ausgestattete Hotels wechseln mit einfacheren Pensionshäusern und eleganten Villen ab. Vor uns liegt der grösste und schönste aller Schweizer Seen; hinter uns, zu beiden Seiten und am anderen Ufer erheben sich mächtige Bergkegel und helfen ein Bild vervollständigen, das noch jeden, der es schauen durfte, in das grösste Entzücken versetzt hat.

Die Zahl der Montreuxer Hotels und Pensionen wird sich auf ungefähr 80 belaufen. Dieselben können, was Verpflegung, Einrichtung der Zimmer und Behaglichkeit anbetrifft, als vorzüglich hingestellt werden. Sie sind sämmtlich sonnig und frei gelegen, haben hübsche Gärten, und geht die grosse Mehrzahl der Zimmer, die mit Doppelfenstern versehen sind, nach Süden und Südosten. Die Wohnräume, Corridors und Gesellschaftszimmer sind gut heizbar. In den neueren grossen Hotels findet sich überall Niederdruck-Dampfheizung. Die Verpflegung ist ausgezeichnet.

An möblirten und unmöblirten Villen und Wohnungen ist ebenfalls kein Mangel und für jeden Geschmack und Bedarf gesorgt.

Es gehört zu den Lebensbedingungen eines Kurortes, seine hygienischen Einrichtungen in jeder Beziehung auf der Höhe zu erhalten und stets zu vervollkommnen. Montreux ist hierin stets den neuesten Errungenschaften der Hygiene gefolgt.

Mit Trinkwasser wird unser Kurort in vorzüglicher und reichlicher Weise von Les Avants aus versorgt. Nach einer Analyse von Bischoff ist dieses Quellwasser als eines der besten Trinkwasser anzusehen, die überhaupt existieren.

Die Beleuchtung der Hotels, Pensionen, der Strassen und öffentlichen Plätze geschieht durch elektrisches Licht.

Infolge der Windstille macht das Bespritzen und Reinigen der Strassen zur Bekämpfung des Staubes verhältnissmässig weniger Mühe als an anderen Kurorten.

Die Mortalitäts- und Morbilitätsstatistiken weisen für Montreux sehr günstige Zahlen auf. Es sterben im Durchschnitt auf 1000 Einwohner 18 im Jahr.

Infectionskrankheiten gehören zu den Seltenheiten.

Das Krankenhaus in Vernex kann 30 Kranke aufnehmen. Ein neues Absonderungshaus für Infections-Krankheiten ist vor einem Jahre eröffnet.

Der «Vaterländische (Deutsche) Frauenverein vom Rothen Kreuz» hat in Montreux vor 8 Jahren ein «Erholungshaus» eingerichtet: die Villa Wilhelma. Leichtere Kranke aller Stände finden dort ein vorzügliches Unterkommen und die liebevollste Pflege.

Die Krankensaison dauert in Montreux selbst von September bis Juni.

Die Höhenstationen Mont-Fleuri, Glion, Les Avants und Caux sind auch im Sommer voll besetzt.

Der Herbst — September bis November und der Frühling — März bis Juni — sind die Hauptsaison. Die Wintersaison beginnt im November und dauert bis Ende Februar. Die meisten Winterkurgäste treffen aber früher, meistens schon im Oktober oder Ende September, ein. Es kann denjenigen Kranken, welche überwintern wollen, nicht dringend genug angerathen werden, so früh wie möglich im Herbst nach Montreux zu kommen. Der Herbst zeichnet sich gewöhnlich durch ein gleichmässig warmes, klares und heiteres Wetter in hervorragendem Masse aus und sind die Erfolge, welche man zu dieser Zeit durch die Luftkur erzielt, die denkbar günstigsten. — Nicht genug kann vor einer zu frühen Abreise gewarnt werden. Treten im März oder Anfangs April einige sehr warme Tage auf, so sind viele Kranke kaum zu halten. Viele Abreisende müssen ihre Unvernunft mit einem Rückfall büssen, welcher den Erfolg der im Winter durchgemachten Kur vollständig in Frage stellt. —

Von Anfang an soll deshalb der Arzt auf den Kranken einwirken, dass er den Eintritt des vollen Sommers in Montreux oder Umgebung abwartet, bevor er an eine Abreise in die nördlichere Heimath denkt. Als den besten Zeitpunkt möchte ich dafür Ende Mai oder Anfang Juni bezeichnen. Der Patient wird zu diesem Zeitpunkte fast sicher sein, in nördlicher gelegenen Orten stärkeren Kälte-Rückschlägen nicht mehr zu begegnen.

Das Klima[1]): Montreux besitzt ein durch locale Factoren gemildertes Klima, das den anderen Orten des Genfer Sees gegenüber sehr grosse und unerreichte Vortheile aufzuweisen hat.

Diese Factoren sind:

I. Die fast vollkommene Windstille und der absolute Schutz vor kalten Windströmungen.

An $^4/_5$ aller Tage — das ist 80 von 100 — herrscht überhaupt kein Wind. Die meisten der übrigbleibenden 20 Windtage zeigen eine Windstärke von 0 bis 1, die kaum empfunden wird, und nur sehr wenige Beobachtungen ergeben die Stärke 3 bis 4 der Windscala. Es handelt sich dann immer um Föhn.

Montreux ist darnach der windstillste Kurort, welcher officielle meteorologische Beobachtungen veröffentlicht.

II. Der weite Spielraum für die Sonnenbahn mit der durch den See, die abschüssige Lage des Terrains und den porösen Kalkboden bedingten intensiveren Sonnenwirkung.

Der kürzeste Sonnentag dauert $5^2/_3$ Stunden. Der westliche Theil des Kurortes wird ungefähr 20 Minuten früher beschienen als der östliche, so dass Clarens am 21. December ungefähr 6, Veytaux und Chillon $5^1/_2$ Stunden Sonnenschein bei wolkenlosem Himmel haben. Der Sonnenuntergang findet an diesem Tage für ganz Montreux gleichmässig kurz nach 3 Uhr statt. Die Höhenstationen werden etwas länger von der Abendsonne beschienen.

III. Die grosse Menge ganz heiterer und heiterer bis bewölkter Tage.

IV. Der temperirende Einfluss des Sees, welcher im Winter als Wärmebehälter und im Sommer als Kühlapparat dient.

V. Das durch den porösen Kalkboden und durch die Abschüssigkeit des Terrains bewirkte ungemein schnelle Trockenwerden des Bodens nach Regen.

Es ist hier am Platze, einige Worte über die Reinheit der Luft zu sagen. Die Lage am See und an den hohen Gebirgen mit der dadurch bedingten steten Lufterneuerung, die in Folge der Windstille herrschende Staubfreiheit, die Abwesenheit von Fabriken, die villenartige Anlage des ganzen Kurortes mit den vielen freien Plätzen und den Quais sind Factoren, die die grösste Reinheit der Luft bedingen.

Patienten, die an Auswurf leiden, fällt nach einiger Zeit auf, dass das Sputum, welches früher in der Stadt ein schwärzliches Aussehen hatte, diese Färbung vollständig verliert und heller wird.

Genauere Untersuchungen der Montreuxer Luft sind noch nicht vorgenommen worden. Dagegen hat von Jaczewski gröbere vergleichende mikroscopische Untersuchungen der Luft auf Mikroben auf einem Gute in Russland und in der Mitte des Kurortes Montreux gemacht. Mir haben die betreffenden Präparate vorgelegen und waren in der Montreuxer Luft viel weniger Bakterien und Schimmelpilze vorhanden.

Ein weiterer Beweis, dass das Montreuxer Klima der Entwickelung pathogener Organismen nicht günstig ist, liegt darin, dass acute Infectionskrankheiten äusserst selten sind und gewöhnlich keine weitere Verbreitung finden. Bei der grossen Anzahl von Fremden, die stets in Montreux zusammen strömen, kann es natürlich nicht ausbleiben, dass dann und wann ein Fall eingeschleppt wird. Nach meinen Erfahrungen bleibt derselbe aber meistens isolirt und giebt zu weiteren Infectionen keine Veranlassung.

Hier soll noch einiges über die Ausgehtage angeführt werden. Wir rechnen in Montreux den Krankentag, d. h. die Zeit, in welcher der Patient sich ohne Schaden für seine Gesundheit im Freien ergehen kann, in den eigentlichen Wintermonaten von 10 Uhr morgens bis $3^1/_2$ Uhr Nachmittags, im Herbst und im Frühjahr entsprechend länger. Die Zahl dieser Tage ist in Folge der fast stets herrschenden Windstille sehr gross und beläuft sich nach meinen Beobachtungen, welche sich auf die Jahre 1888 bis 1897 erstrecken

im	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	März.	April.	Mai.
auf	30	30	28	25	25	22	26	29	30

Ich will hier noch eine praktische Erfahrung mittheilen, die sehr für das Klima von Montreux spricht und vielleicht für viele einen besseren Beweis liefert wie die längsten Zahlen:

Kinder, die während der eigentlichen Wintermonate geboren sind, werden gewöhnlich schon am dritten oder vierten Lebenstage an die frische Luft gebracht und wird dieses Experiment den ganzen Winter fortgesetzt. Die Kinder gedeihen dabei vortrefflich. In meiner norddeutschen Heimath kommen Kinder, die später als Ende September geboren werden, nicht vor nächstem April oder Mai ins Freie.

Wirkung des Klimas: Das Montreuxer Klima hat auf den menschlichen Organismus einen beruhigenden und zugleich kräftigenden Einfluss. Patienten, die aus irgend einem Grunde an Schlaflosigkeit leiden, erfreuen sich, nachdem die ersten Tage nach der

[1]) Näheres findet sich in den Veröffentlichungen der Schweizerischen meteorologischen Centralanstalt in Zürich und in den verschiedenen vorzüglichen Aufsätzen von Bührer in Clarens über das Klima von Montreux.

Ankunft mit ihrer Unruhe vorüber sind, sehr bald und und in den meisten Fällen eines gesunden, ruhigen und stärkenden Schlafes.

Der Appetit erleidet meistens von Anfang an eine erhebliche Steigerung und ist dieses vermehrte Nahrungsbedürfniss die Folge des vielen Aufenthaltes in der freien Luft, sowie der Höhenlage des Kurortes — 400 M. ü. M. Brehmer hat für die ungefähr gleiche Höhenlage von Görbersdorf in Schlesien eine Vermehrung des Nahrungsbedürfnisses an sich selbst um ein Viertel der gewohnten Menge beobachtet und diese direct auf die Höhenlage bezogen.

In Folge dieser gesteigerten Esslust beobachtet man sehr häufig eine erhebliche Zunahme des Körpergewichts. Ich habe an 500 Patienten genaue Wägungen, die sich bei allen auf einen Zeitraum von vier Monaten erstreckten im Laufe der Jahre vornehmen lassen. Von diesen 500 Patienten nahmen 458 oder 91,6 % an Gewicht zu und zwar im Durchschnitt um 2,95 Kilogramm.

Nennenswerthe Functionsveränderungen wie sie in den ersten 8 bis 14 Tagen in der subalpinen und alpinen Zone auftreten, kommen in der Hügelregion von Montreux fast nie zur Beobachtung. Die meisten Personen bemerken, dass das Athmen leichter und dass die Fähigkeit, grössere Strapazen auszuhalten, von Anfang an grösser wird.

Viele Kranke kommen mit Instructionen an, die, in der besten Absicht gegeben, nur Schaden bringen können. In erster Linie gehören hierzu die Verhaltungsmassregeln, welche in Betreff der Bergtouren gegeben werden und welche gewöhnlich lauten: «Möglichst viel und von Anfang an steigen». Dem gegenüber kann aber nicht oft und nicht energisch genug betont werden, dass der günstige Einfluss der klimatischen Kur sich am schnellsten, sichersten und besten zeigt, wenn der Ankömmling sich in den ersten 14 Tagen so ruhig wie möglich hält.

Die Quelle: Montreux besitzt eine Quelle die im Dorfe Ober-Vernex direct aus dem Felsen zu Tage tritt. Nach der Analyse ist das Montreuxer Mineralwasser in die Kategorie der leichten erdig-alkalinischen Quellen einzureihen. Es hat in seiner Zusammensetzung eine sehr grosse Aehnlichkeit mit den bekannten Quellen von Evian.

Der Gebrauch des Montreuxer Wassers ist angezeigt bei

I. Erkrankungen des Uro-Genitalapparates: besonders harnsaure Diathese, Harngries, Albuminurie, Glykosurie, Incontinentia urinae, Blasenkatarrh, Blasensteinen, Blasenschwäche, Prostata-Hypertrophie, Entzündungen des Nierenbeckens, chronischen Gonorrhoe, Katarrhen der Scheide, des Uterus und seiner Adnexa.

II. Erkrankungen des Digestionstractus: besonders Dyspepsie, Gastritis, Gastralgie, chronische Obstipation, Atonie der Därme, Hämorrhoiden, katarrhalischer Icterus, Gallensteine, Gallensteinkoliken.

Ausserdem leistet der Gebrauch der Quelle gute Dienste bei subacuten und chronischen Katarrhen der Schleimhäute des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien.

Die Traubenkur: Die Wiege der heute angewandten Traubenkur steht am Genfer See. Das Waadtland wurde zuerst wegen seiner edlen herrlichen Traubenarten das Ziel derer, die eine solche Kur durchmachen wollten. «Zu Kurzwecken mit methodischer Anwendung wurde die Traube aber erst in diesem Jahrhundert und zwar in den letzten Jahrzehnten, angewendet, und das mit edlen Trauben so reich gesegnete Waadtland soll den Anfang dazu gemacht haben». (Knauthe, Die Weintraube, Leipzig 1874).

Klimatisch am günstigsten gelegen, erfreute sich Montreux vor allen Orten des grössten Zuspruchs und noch heute nimmt das schweizerische Nizza den ersten Rang unter den Traubenkurorten der Welt ein. Die Traubenkur beginnt in Montreux Mitte September und dauert bis Ende November.

Die günstigen Erfolge, welche durch eine Traubenkur erzielt werden, sind in erster Linie ihrer anregenden und abführenden Wirkung zuzuschreiben. Sie wird deshalb bei denjenigen Erkrankungen anzuwenden sein, bei welchen der Gesammtorganismus gekräftigt werden soll und bei denen zu gleicher Zeit eine Ableitung auf den Darmtractus indicirt ist Es sind dies besonders die Krankheiten des Digestionstractus, des Uro-Genitalapparates und des Herzens. Ferner werden günstig beeinflusst chronische Katarrhe des Rachens, des Kehlkopfes, der Trachea und der Bronchien sowie die Scrophulose.

Ausser den Seebädern besitzt Montreux drei hydrotherapeutische Anstalten mit Douche-Apparaten, electrischen, Kohlensäure- und medicamentösen Bädern. Sämmtliche Anstalten sind während des ganzen Jahres geöffnet.

Heilanzeigen: Wir haben gesehen, dass das Klima von Montreux eine beruhigende, aber zugleich tonisirende Wirkung auf unseren Körper ausübt, dass dasselbe den längeren Aufenthalt im Freien auch in den Wintermonaten möglich macht und ein leichteres Athmen in sehr reiner staubfreier Luft gestattet. Ferner bedingt das viele Ergehen in der freien Luft, sowie die Höhenlage des Ortes ein vermehrtes Nahrungsbedürfniss, dessen Folgen sich bei fast allen Patienten in einer nicht unbedeutenden Zunahme des Körpergewichts kundgeben.

In erster Linie werden Krankheiten des Respirationstractus und des Nervensystems in Montreux günstig beeinflusst. Katarrhe der oberen Luftwege, Bronchitiden jeder Art, besonders trockene; alte Pleuritiden; leichtere Spitzenaffectionen auf gutartiger und bacillärer Basis, ferner Asthma bronchiale stellen das Hauptcontingent.

Mit fast gleicher Anzahl marschiren die Nervenkrankheiten als ein sich stets vermehrender Modeartikel unseres Jahrhunderts auf und möchte ich nach meinen Erfahrungen besonders Neurasthenie und nervöse Erregungszustände mit Einschluss der convulsiven und spastischen Erscheinungen geradezu als eine Hauptindication für Montreux hinstellen Ich habe sehr schöne Erfolge dabei nach längerem Aufenthalt gesehen.

Ferner treffen wir Kranke, denen ein gleichmässiges wärmeres Klima mit Fehlen von schroffen Temperaturunterschieden und rauhen Winden erfahrungsgemäss sehr zusagt: das sind vor allen Dingen Erkrankungen der Klappen und Muskulatur des Herzens, Anaemie, Albuminurie, Glykosurie, u. s. w.

Für Erholungsbedürftige jeder Art bildet unser Kurort mehr und mehr ein beliebter Aufenthalt. Die aufreibende Thätigkeit, welche der immer heftiger werdende Kampf ums Dasein an die Kräfte des Menschen stellt, das üppige Leben mit seinen stets höher gesteigerten Anforderungen an materielle und geistige Vergnügungen und Genüsse, das jedes Jahr weiter um sich greifende auf Körper und Geist gleich verderblich einwirkende Börsenspiel, erschlaffen die Menschheit derart, dass unbedingt eine kürzere oder längere Ausspannung nöthig ist, um frische Kräfte zum neuen Kampfe zu sammeln. Montreux ist für derartige Ruhebedürftige wie geschaffen und wird besonders im Frühjahr von vielen aufgesucht, denen der Winter mit seinen oben geschilderten Strapazen zu arg mitgespielt hat.

Die Ansicht über die Bedeutung der Luftkurorte mit ihren günstigen hygienischen Verhältnissen neben einer guten Ernährung, Ruhe und sehr viel Aufenthalt in der freien Luft als bestes Heilmittel für Lungenkranke, die nach der Entdeckung von Koch eine kurze Zeit ins Wanken gerathen war, hat sich im letzten

Jahre wieder bedeutend gefestigt. Montreux und seine Höhenstationen haben bei leichteren tuberculösen Lungen- und Hals-Affectionen gute Erfolge aufzuweisen.

Eine grössere Mehrzahl der tuberkulösen Lungenerkrankungen würde sicher und dauernd geheilt werden, wenn sie im Anfangstadium zur Erkennung und Behandlung gelangte. In dieser Hinsicht ist in den letzten Jahren eine entschiedene Besserung, besonders bei den gebildeten Ständen, eingetreten. Fast jeder Gebildete, der an Auswurf leidet, schickt denselben möglichst früh zur mikroscopischen Untersuchung an einen Arzt.

Das genügt aber nicht: die grosse Masse des Volkes ist indolent geblieben. Hier hat der Staat einzugreifen und in den Volksschulen durch seine Lehrer auf die Bedeutung des Auswurfs und anderer Symptome aufmerksam machen zu lassen.

Wenn es einst jedem Menschen in Fleisch und Blut übergegangen sein wird, seinen Auswurf sofort zur Untersuchung zu schicken; wenn einst für diese mikroscopischen Untersuchungen staatliche Anstalten zum unentgeltlichen Gebrauch eingerichtet sein werden; wenn einst Massen-Sanatorien vom Staate aus für die arme Klasse mit der Verpflichtung, dass jeder, der als tuberculös anerkannt ist, dort eintreten muss, errichtet sein werden, — dann wird der grösste Feind der Menschheit, der Tuberkelbacillus, viel von seiner zerstörenden Gewalt verloren haben und in unseren Breiten nicht alljährlich $^1/_7$ davon dahinraffen.

Der Staat, welcher mit solchen Einrichtungen zuerst systematisch und ohne irgend welche Kosten zu scheuen, vorgeht und so andere Länder zur Nachahmung auffordert und zwingt, wird sich das allergrösste Verdienst um die Wohlfahrt der leidenden Menschheit erwerben! —

Je länger sich ein leichter Lungenkranker dem Einflusse eines und desselben geeigneten Klimas aussetzt, um so günstiger wird sein Befinden sich gestalten. Ich habe bei den Patienten, welche acht bis neun Monate in Montreux oder in einer von seinen Höhenstationen blieben, stets günstigere Erfolge gesehen, als bei denjenigen, welche alle Paar Monate wechselten. Kranke aus dem Norden werden sich in einem ganz südlichen Klima, das so grosse Kontraste ihrem Vaterlande gegenüber zeigt, oft weniger wohl fühlen als in Montreux, wo die Gegensätze nicht so schroff sich geltend machen. Sie erlangen später um so eher die Befähigung wieder, ihren nordischen Winter zu ertragen. Und das muss doch die Hauptaufgabe einer vernünftigen Klimatotherapie sein: die Patienten so weit zu bringen, dass sie, ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu nehmen den Winter wieder in der Heimath verleben können. Montreux verdankt seinen grossen Ruf als Herbst-, Winter- und Frühjahrs-Kurort aber nicht nur seinem relativ milden Klima, dem mildesten der cisalpinen Stationen, sondern wohl in erster Linie der Reinheit seiner Luft und der fast absoluten Windstille. Für die meisten Hals- und Lungenkranken kommt es nicht darauf an, dass die Luft möglichst warm, sondern dass sie möglichst staubfrei, rein und ruhig ist.

In den letzten Jahren sind mir im Herbst und im Frühjahr einige chirurgische Patienten — operirte wegen tuberculöser Knochen- und Gelenkaffectionen sowie wegen Pleuritis exsudativa — möglichst bald nach dem Eingriff zugeschickt worden. Derartigen Patienten bekommt der ständige Aufenthalt in der freien Luft mit seinem günstigen Einfluss auf den gesammten Stoffwechsel und auf die Wundheilung ausgezeichnet.

Die Montreuxer Höhenstationen: Das Bild von Montreux wäre kein vollständiges, wenn ich nicht die auf seinem Gebiete gelegenen Höhenkurorte kurz beschreiben würde. Sie sind als Heilfactoren in der letzten Zeit vielleicht in die erste Reihe gerückt.

Mont-Fleuri (600 M. ü. M.) ist ein reizend an der Strasse von Montreux nach Glion gelegenes, für Kurzwecke eingerichtetes Haus, das über 100 Gäste beherbergen kann. Es ist das ganze Jahr geöffnet und besonders für Ruhebedürftige, Reconvalescenten, leichtere Lungen- und Halskranke, sowie für Neurastheniker und Herzleidende zu empfehlen. Einrichtung für Freiluft-Liegekuren.

Glion (700—750 M. ü. M.) Luft-, Milch-, Trauben- und Terrainkurort. Das ganze Jahre geöffnet. Von Montreux Drahtseilbahn in 9 Minuten.

Das Dorf liegt auf einem vom Mont Caux gebildeten terrassenförmigen Bergvorsprung, der sich wie ein auf den Genfer-See gehender Balkon ausnimmt. Glion dient hauptsächlich als Frühjahrs-, Sommer- und Herbstaufenthalt. Im Winter 1896/7 haben zum ersten Male eine Anzahl Patienten dort überwintert. Der Erfolg ist ein derartiger gewesen, dass man darnach Glion als Winteraufenthalt für geeignete Fälle warm empfehlen kann.

Die Luft ist im Ganzen, durch die höhere Lage bedingt, trockener, anregender, erfrischender, leichter und kühler als in der Ebene und vollkommen staubfrei. Die Lage des Ortes, angelehnt an den hohen Bergrücken des Mont Caux, bringt eine fast vollständige Windstille mit sich: die kalten, rauhen Nord- und Ostwinde können nicht heran. Dabei macht sich auch im Hochsommer die Hitze, besonders Morgens und Abends, nie in erdrückender Weise geltend.

Eine grosse Auswahl schattiger Spaziergänge auf ebener Erde und mit mässiger Steigung macht den Aufenthalt zu einem doppelt angenehmen.

Es ist besonders leichteren Brustkranken, Halsleidenden, Nervösen, Erholungsbedürftigen, Rekonvalescenten und schwächlichen Kindern zu empfehlen.

Les Avants (1000 M. ü. M.) und Caux (1100 M. ü. M.) können zusammen besprochen werden.

Nach Les Avants führt von Montreux aus eine bequeme Fahrstrasse in $1^1/_2$ Stunden. Caux ist Station der Bergbahn Glion Rochers de Naye. Beide Orte sind das ganze Jahr geöffnet und haben mehr und mehr eine grosse wohlverdiente Bedeutung — besonders als Winteraufenthalt — erlangt.

Die klimatischen Verhältnisse sind die denkbar günstigsten; es giebt keinen Kurort auf gleicher Höhe in den diesseits der Alpen gelegenen Ländern Mittel-Europas, der, was Windstille, Wärme, Dauer des Sonnenscheins und Reinheit und Trockenheit der Luft anbelangt, sich mit Caux und Les Avants messen kann.

Beide Kurorte sind auf drei Seiten von Bergen umgeben und nur nach Süden offen Die Windstille ist eine fast vollständige. Die mittlere Jahrestemperatur beträgt für Les Avants 6,3° C., für das auf ungefähr gleicher Höhe liegende Engelberg nur 4,4° C.

Schroffe Temperaturwechsel sind äusserst selten. Die relative Feuchtigkeit beträgt für beide Orte ungefähr 55% als Jahresmittel; besitzt also eine sehr grosse Trockenheit. In Folge dessen werden etwa vorkommende rasche Temperaturunterschiede viel weniger unangenehm empfunden, als an feuchteren Stationen. Auch im Hochwinter erlaubt die intensive Sonnenstrahlung ein Sitzen im Freien in den nur nach Süden offenen sogenannten Sun-Boxes, die dicht neben beiden Hôtels in genügender Anzahl errichtet und die auch in vorzüglicher Weise für Liegekuren geeignet sind.

Indicationen: Initial-Stadien der Tuberkulose; Bronchitiden; Asthma bronchiale; alte Pleuritiden; Skrofulose; Anaemie; Chlorose; Neurasthenie; Malaria; Reconvalescenten; Krankheiten der Muskulatur und der Klappen des Herzens.

Penzoldt[1]) bezeichnet Les Avants «als eine mit entschieden klimatischen Vorzügen ausge-

stattete Winterstation, als einen mittleren, milderen Höhenkurort».

Diese Höhenstationen bilden einen Hauptvorzug von Montreux und sind in solcher Anzahl wohl nirgends anderswo vorhanden. Man kann den Kranken, der nach Montreux kommt, die ihm am besten zusagende Höhenlage zwischen 400 und 1100 M. aussuchen und allmählich abstufen. Das ist ein nicht hoch genug anzuschlagender Factor für die Auswahl eines Kurortes. Sagt die eine Höhenlage nicht zu, so kann der Patient in Montreux ohne Mühe und ohne grössere Kosten auf eine andere geschickt werden.

Erwähnt soll noch werden, dass das Hotel auf den Rochers de Naye, 2000 M. ü. M. und Endstation der Bergbahn Glion-Rochers de Naye, vom 1. Mai bis Ende Oktober geöffnet und so eingerichtet ist, dass es auch Gäste, die die Luftkur gebrauchen wollen, für längere Zeit beherbergen kann.

Literatur:

1. Penzoldt, Prof. Dr. F., Erlangen: Les Avants, ein milder Winter-Höhenkurort. Münchener medicinische Wochenschrift. 1890, Nr. 45.

2. Nolda, Dr. med. A., Montreux und St. Moritz: Klimatischer Kurort und Bad Montreux nebst den auf seinem Gebiete gelegenen Höhenstationen Glion, Les Avants, Mont Caux und Rochers de Naye. — Ein Beitrag zur Klimato-Therapie. 223 Seiten. Zürich 1893. Albert Müller's Verlag.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Б. А. Либовъ: О грязелеченіи. Практическое руководство къ назначенію и примѣненію грязевыхъ ваннъ. Изд. К. Риккера. Спб. 1897. Цѣна 1 р. 60 к. (Die Moor- und Schlammbäder. Ihre Anwendung und Verordnung. Von Dr. B. Liboff.)

Die Moor- und Schlammbäderbehandlung hat bei uns längst festen Fuss gefasst und ihre Methodik zeichnet sich in vielen Beziehungen von der ausländischen aus. Wir besitzen in der That dieses Naturproduct in so reicher Fülle und in so mannigfacher und günstiger Zusammensetzung wie kein Land der Erde. In Westsibirien allein werden an achttausend Salzseen aufgezählt, die alle Moor produciren, bis jetzt aber nur von der einheimischen Bevölkerung in primitivster Weise zu therapeutischen Zwecken ausgenutzt werden. Die im europäischen Russland befindlichen Curorte erfreuen sich aber mit Recht einer stets wachsenden Beliebtheit. In der vorliegenden Brochüre hat Verf. das über die russischen Moor- und Schlammbäder-Curorte Bekannte zusammengestellt und durch einige eigene Angaben erweitert. Die Arbeit enthält eine Uebersicht der in- und ausländischen Curorte, Analysen des Moores derselben, die Anwendungsweise, die Zubereitung der Bäder in Russland, physiologische Bemerkungen, Indicationen und Contraindicationen, eine Beschreibung der Einrichtung von Winter-Moorbadeanstalten und endlich eine Balneographie der russischen Schlamm- und Moorbadeanstalten. — Das Buch ist wohlgeeignet als ein practischer Führer zu dienen.

Kallmeyer.

Eugen Dietrich: Neues pharmaceutisches Manual. Siebente vermehrte Auflage. Berlin. 1897. Verlag v. Jul. Springer.

Das Dietrich'sche Handbuch erfreut sich in seinen bisherigen Auflagen bereits einer solchen Beliebtheit und Verbreitung unter Apothekern, Droguisten und Technikern, dass ein Hinweis auf die eben erschienene siebente Auflage an dieser Stelle nicht ohne Werth und Interesse für unsere Leser sein könnte. Wir sind in der That häufig genug in der Lage uns Auskunft zu suchen über Herstellung, Zubereitung oder Zusammensetzung mancher complicirter Verordnungen und können eine solche nur beim Apotheker oder in einem Buche, wie dem vorliegenden finden. Es ist daher das Manual als ein vortreffliches und anregendes Nachschlagebuch allen Collegen, besonders aber denjenigen zu empfehlen, welche sich zum eigenen Nutzen und zum Nutzen ihrer Patienten in das Studium der pharmaceutischen Technik vertiefen wollen. In dieser Auflage sind die Gruppen der Bleichmittel, Kitte, Liqueure, Parfumerien, Thierarzneimittel, Salben und Verbandstoffe bedeutend erweitert und neu die Gruppe für Herstellung von Seifen, besonders der medicinischen. Der Liebhaber findet noch Auskunft über die Zusammensetzung mancher Patent- und Geheimmittel, so z. B. verschiedener älterer und neuerer Species, der Pfarrer Kneipp'schen Mischungen etc. — Beachtung verdient noch die Liste der primären Bezugsquellen mancher Farbstoffe, Essenzen, Chemicalien und Apparate, die bei grösserem Consum mit Vortheil benutzt werden wird. Das Buch ist vortrefflich ausgestattet und verdient von Seiten des Arztes entschieden mehr Beachtung als bisher.

Kallmeyer.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 20. November 1896.

1. Dr. v. Krüdener demonstrirt einen Fall von angeborenem Colobom des oberen Augenlides bei einem 5-jährigen Mädchen. Das Colobom betrifft mit der Lidkante entsprechender Basis die ganze Dicke des Lides einschschliesslich des Tarsus, der dadurch in zwei durch eine schmale Spange verbundene Theile getrennt ist. Ferner findet sich ein Anhang vor dem Tragus des rechten Ohres und zwei symmetrisch belegene Haardefecte in der unteren Parietalgegend. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen dieser Missbildung betont Vortr. besonders die Ansicht von Manz, der annimmt, dass die Ausbildung der Hautduplikatur vom oberen Orbitalrande her an einer Stelle verhindert werde. Die Entwickelung des Ohranhanges hänge mit Störungen in der Entwickelung des 1. Kiemenbogens zusammen, möglicherweise sei auch eine damit verbundene Entwickelungsstörung des N. trigeminus mit dem Haardefecte in Zusammenhang zu bringen.

2. Dr. Ed. Th. Schwartz stellt einen Fall von hereditär syphilitischer Basalmeningitis vor. Nach eingehender Begründung der Diagnose entscheidet sich Vortr. dafür, den Fall nicht als Lues hered. tarda, sondern als congenitale Lues anzusprechen. Die Existenz einer Lues hered. tarda sei ja nicht allgemein angenommen, es hätten sich Autoren wie Henoch, Lesser, Eichhorst gegen Annahme derselben als selbstständiger Erkrankungsform ausgesprochen.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt, dass im vorliegenden Falle die Symptome nicht absolut zur Annahme eines basalen Processes zwingen; in derartigen Fällen zeige sich sehr häufig ein auffallendes Missverhältniss zwischen den Symptomen am Lebenden und den autoptischen Befunden, insofern als die Section oft bedeutend ausgedehntere Zerstörungen aufdecke, als den Symptomen nach erwartet werden durften. Auch hier sei die Möglichkeit, dass multiple Processe vorliegen, nicht von der Hand zu weisen. Er macht ferner auf den infantilen Habitus der 19-jährigen Pat. aufmerksam, den auch Fournier als charakterisch für überstandene congenitale Lues betone.

Dr. A. Bergmann hält Lues heredit. tarda für wohl constatirt. Fournier habe mehrere einwandfreie Fälle veröffentlicht; er selbst erinnere sich mehrerer Fälle, in denen im späteren Alter ohne Spuren congenitaler Syphilis und ohne Infection Erscheinungen aufgetreten seien, die nur als luetisch zu deuten waren; auch gegenwärtig beherberge das Krankenhaus einen solchen Fall.

Dr. Schönfeld fragt, ob die Sehnervenatrophie in diesem Falle primär oder aus einer Stauungspapille hervorgegangen sei und bemerkt, dass Sehnervenatrophie nicht selten das einzige Symptom der Hirnlues sei.

Dr. Buchholz hat den Fall in einem früheren Stadium der Erkrankung gesehen und berichtet, dass Pat. fieberhaft erkrankt war und schon im Beginn der Erkrankung über schlechtes Sehen geklagt habe. Beim Ophthalmoscopiren habe er damals eine weisse Atrophie gefunden.

Dr. v. Krüdener hält die Atrophie mit Wahrscheinlichkeit für eine primäre.

3. Dr. Mey hält den angekündigten Vortrag «über Rhachitis» (Erscheint im Druck).

Dr. Deubner: Als Vortr. bei früherer Gelegenheit das gleiche Thema besprochen, habe er sich mit den Anschauungen desselben nicht völlig einverstanden erklären können; heute, wo Vortr. seine Anschauung dahin modificirt habe, dass er der Ernährung eine wesentliche Rolle in der Therapie der Rhachitis einräume, stimme er im Wesentlichen mit ihm überein und müsse nur in folgenden Punkten eine abweichende Stellung einnehmen: Erstens stimme er nicht damit überein dass die Rhachitis sich immer zuerst am Schädel manifestire er finde vielmehr in Uebereinstimmung mit Henoch, das

sie sehr häufig zuerst am Rippenskelett Veränderungen verursache. Ferner halte er Dehio's Annahme einer «physiologischen Craniotabes» für durchaus berechtigt; beim Liegen auf dem Rücken gebe der Druck des Kopfes auf's Kissen oft genug Veranlassung zu Wachsthumsstörungen der Kopfknochen ohne dass dieselben rhachitischer Natur zu sein brauchten; es könne sogar Rhachitis daneben bestehen, ohne dass die Erscheinungen an den Kopfknochen rhachitischer Natur sein müssten. Pergamentknittern der Kopfknochen lasse sich bei Anwendung starken Druckes oft hervorrufen, das sei aber noch nicht Rhachitis, ebensowenig wie Schwinden desselben die Bedeutung einer Heilung der Rh. habe.

Dr. Rulle: Auch bei kräftigen, vollsaftigen Kindern finde sich oft Craniotabes, die auch seiner Ansicht nach nicht immer auf bestehende Rhachitis zurückzuführen sei. Er findet das Wesen der Rhachitis in einer Stoffwechselstörung, einem Missverhältniss zwischen Einnahme und Ausgabe. Die Haut des Hinterhauptes werde, durch das Kopfkissen hermetisch abgeschlossen, in ihrer normalen Perspiration behindert, er empfehle daher solche Kinder auf Holzwolle zu betten. Für wesentlich hält er den Einfluss schlechter Luft, die besonders beim einfachen Landvolk üblichen tiefen Wagen gestatten keinen genügenden Luftwechsel.

Einen ferneren Factor zur Luftverschlechterung sieht er in den in keiner Wohnung des Arbeiterstandes fehlenden Topfpflanzen, deren Erde wegen ungenügenden Luftwechsels stets modrig rieche.

Dr. Böhlendorff betont, dass die Rhachitis im Allgemeinen das frühe Lebensalter bevorzuge, dass sie aber auch zwischen dem 7—9 Lebensjahre ein Häufigkeitsmaximum aufweise.

Dr. O. Klemm hält eine allgemeine Besserung der Rhachitis in den Sommermonaten nicht für statuirbar, er habe sie sowohl im Sommer schlechter, als im Winter besser werden sehen.

Ueber den Einfluss der Wohnungsverhältnisse habe Lange auf der Naturforschervers. in Lübeck geäussert, dass er häufig in guten Wohnungen schwere Rhachitis gefunden habe, was auch mit seinen persönlichen Erfahrungen übereinstimme. Den Schlüssen, welche Vortr. auf die klimatischen Einflüsse aus der geographischen Verbreitung der Rachitis zieht, könne er nicht beipflichten, da dieselbe eine ganz schwankende sei und ein selteneres Vorkommen der Rh. in südlichen Ländern nicht zu constatiren sei.

Dr. H. Schwartz kann den Gewährsmännern des Vortr. bezüglich des Fehlens der Rhachitis im Süden ebenfalls nicht beistimmen. In Aegypten habe er unter den Fellaken Rachitis bezw. Spuren derselben häufig gesehen, ebenso bei den Malayen des tropischen Asiens. Der klimatische Factor in der Aetiologie der Rhachitis sei von Vortr. wohl überschätzt.

Dr. Blumenbach bemerkt bezüglich der Therapie der Rh., er bekenne sich als Anhänger der Phosphorbehandlung. Der Einfluss der Ernährung, sowie der Genuss frischer Luft sei gewiss nicht zu unterschätzen, doch müssten noch andere, schwieriger zu beurtheilende Verhältnisse mitspielen, da häufig genug Besserungen der Rhachitis unter gleich ungünstig bleibenden hygienischen Verhältnissen der Umgebung beobachtet werden.

Dr. O. Klemm erinnert daran, dass Virchow häufig bei Kindern mit Craniotabes feine Fissuren in den Hinterhauptsknochen gefunden habe, die wohl Versuchen, während des Lebens die Eindrückbarkeit der Kopfknochen zu demonstriren, ihre Entstehung verdanken und die vor Anwendung zu grosser Kraft bei der Untersuchung auf dieses Phänomen warnen sollten.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Sitzung am 4. December 1896.

1. Dr. v. Bergmann demonstrirt:

a) Eine Pat., der wegen Osteomyelitis die totale Resection des rechten Darmbeines gemacht worden ist. Vortr. referirt kurz über die bisherigen Resultate dieser Operation, befürwortet die auch in diesem Falle zur Anwendung gekommene Operationsmethode von einem dem ganzen Verlauf des Darmbeinkammes folgenden Hautschnitt aus, gegenüber anderen Methoden, die die Operation vom Hüftgelenk aus in Angriff nehmen.

b) Das Kind dieser Pat., welches nach einem Fall auf den Kopf an einer Geschwulstbildung auf dem linken Os parietale erkrankt war. Vortr. diagnosticirte Meningocele spuria traumatica (Billroth). Mit angeborener Meningocele stimmte der Sitz der Geschwulst nicht überein, ferner verjüngen sich angeborene M. gegen die Basis hin, was hier nicht der Fall war; man konnte die Ränder des Knochenspaltes wallartig verdickt fühlen, was gleichfalls gegen angeborene M. sprach. Es seien bis jetzt 47 Fälle dieser Affection bekannt. Vortr. operirte mit Freilegung der Geschwulst und Vereinigung der Knochenränder und hält diese Methode für die geeignetste. Wo sie nicht ausführbar sei, komme noch die Benutzung eines Hautknochenlappens nach Krönlein in Frage. Andere Methoden, unter denen sogar auch Punction und nachfolgende Jodinjection (mit wenig ermutigendem Erfolge) versucht sei, seien nicht zu empfehlen.

2. Dr. Hampeln demonstrirt den Harn eines Magencarcinomkranken, der von tiefblauer Farbe, etwa wie Alizarintinte ist. Der Kranke befinde sich seit einigen Tagen im Krankenhause. Er habe zu Hause Pulver gebraucht, ob dieselben etwa aus Methylenblau bestanden hätten, habe sich nicht ermitteln lassen. Der Harn mache auf der Wäsche blaue Flecke. Die chem. Untersuchung habe Indigo ergeben. Eine etwaige Verabreichung von Methylenblau liege zeitlich so weit zurück dass, eine solche angenommen, den bisherigen Erfahrungen nach die Blaufärbung des Harns schon geschwunden sein müsste.

3. Dr. Thilo hält den angekündigten Vortrag über «Behandlung steifer Gelenke mit Apparaten und Uebungen», verbunden mit Demonstrationen. (Erscheint im Druck).

Dr. v. Bergmann warnt davor, Gelenke mit noch eiternden Fisteln, mit Bewegungen zu behandeln, da der Verdacht auf Tuberculose sehr nahe liege. Bei dieser seien seiner Ansicht nach Bewegungen unbedingt schädlich und auch bei chron. Osteomyelitis thue man besser, die Ausheilung abzuwarten.

Dr. Thilo: Auch er habe den Fall mit den Fisteln für tuberculös gehalten und zuerst mehrere Monate hindurch vergeblich versucht die Fisteln durch die gebräuchlichen Methoden (Beizen, Immobilisiren etc.) zur Heilung zu bringen. Da jedoch dies nicht gelang und die Stellung des Gelenkes immer ungünstiger wurde, habe er sich entschlossen, die Behandlung mit Bewegungen zu beginnen, zunächst in der Absicht, dadurch den Blutumlauf und den Ernährungszustand des Beines zu bessern. Die Bewegungen seien mit der grössten Vorsicht und so reizlos vorgenommen worden, dass Gefässzerreissungen ebenso ausgeschlossen waren, wie bei seinen passiven Bewegungen der Blutergelenke und hätten in diesem Fall sehr gute Erfolge gehabt. Die Blutergelenke behandelt Vortr. oft schon wenige Tage nach stattgehabtem Bluterguss mit Bewegungen. Stets habe er schnelle Abnahme der Geschwulst, Zunahme der Beweglichkeit und Schwinden der Schmerzen erreicht. Er habe gegen 20 derartiger Fälle, wie der von Dr. v. Bergmann beanstandete, mit dem besten Erfolge behandelt und könne daher die combinirte Anwendung von Druckverbänden, Schienen und methodischen Bewegungen nur wärmstens empfehlen.

Dr. Ed. Schwarz: Die Diagnose müsse sehr feststehen, bevor mit einer derartigen Behandlung begonnen werde, wenn man ein sicheres Urtheil über dieselbe gewinnen wolle. In vielen Fällen reiner Gelenkneurosen könne es sehr schwierig sein, eine materielle Erkrankung des Gelenkes mit Sicherheit auszuschliessen und es könnten hier leicht glänzende Resultate der Bewegungstherapie vorgetäuscht werden.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Aug. d. J. 7177 (68 wen. als in d. Vorw.), darunter 611 Typhus — (11 mehr), 829 Syphilis — (25 wen.), 125 Scharlach — (7 wen.). 144 Diphtherie — (9 wen.), 31 Masern — (5 wen.) und 16 Pockenkranke — (6 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. August 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
286	227	513	111	48	104	17	4	16	40	38	39	34	38	21	3	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 8, Diphtherie 35. Croup 3, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 1. Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4,

Tuberculose der Lungen 69, **Tuberculose anderer Organe** 10, **Alkoholismus und Delirium tremens** 6, **Lebensschwäche und Atrophia infantum** 37, **Marasmus senilis** 19, **Krankheiten des Verdauungscanals** 89, **Todtgeborene** 22.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. September 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. September 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Schwester Elise Tennison, Невскій, просп. д. 138, кв. 3.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д 9. кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Довв. ценз. Спб. 5 Сентября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat)

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 13. (25.) September **1897**

Ueber die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland in den letzten 20 Jahren.

Von

Dr. H. Koppel

Vortrag, gehalten auf dem livländischen Aerztetage in Pernau am 5. Juni 1897.

Ob die hier jetzt herrschende Lepra mit der Seuche, die aus Westeuropa kommend, das Land 3 Jahrhunderte lang von 1200—1500 heimsuchte, in Verbindung steht, oder ob sie damals vollkommen erloschen und jetzt von Neuem hier eingeschleppt worden ist, ferner, ob die vor den Mittheilungen von Wachsmuth und Bergmann beschriebenen Leprafälle auch wirklich Lepra sind, darüber sind die Meinungen der einzelnen Forscher, die sich mit der Leprafrage bei uns beschäftigt, recht getheilt. Da die Fragen jedoch für die Beurtheilung der Ausbreitungsintensität der jetzigen Krankheit nicht unwichtig erscheinen, so möchte ich, bevor ich zur Behandlung meines eigentlichen Themas übergehe, etwas hierbei verweilen.

Die meisten Autoren neigen zu der Ansicht, dass sich bei uns die Reste der mittelalterlichen Lepra erhalten hätten.

E. von Bergmann meint in seiner Arbeit «über die Lepra in Livland» «dass Livland eine Gegend ist, wo sich der Process des Erlöschens der einst so furchtbaren Seuche zur Zeit noch eben vollzieht». Dass es sich nicht um einen Process des Erlöschens handelte, zeigte ihm bald die stetig wachsende Zahl der in seiner Klinik erscheinenden Leprösen. Er blieb aber bei seiner Meinung, dass es sich um ein Wiederauftreten einer, wie es schien, schon erloschenen Krankheit handelte. (Vorrede zu A. v. Bergmanns: Zur Contagiosität der Lepra. Volkmanns Vorträge N. F. Nr. 33.)

Auch Paulson hält die Krankheit für eine sicher mit dem mittelalterlichen Aussatze in Verbindung stehende, welcher Ansicht auch Dehio zuneigt. Hellat spricht sich mit grosser Wahrscheinlichkeit für ein damaliges vollkommenes Erlöschen und eine neue Einschleppung aus. Da aus der Zeit zwischen der einstigen und jetzigen Lepra alle schriftlichen Angaben fehlen, so wird man unwiderleglich die Frage wohl nicht entscheiden können, man kann nur die eine oder andere Annahme mehr wahrscheinlich machen.

Bei der Beurtheilung der grösseren Wahrscheinlichkeit der einen oder andern Annahme scheinen mir 2 Dinge von besonderer Bedeutung zu sein 1) die Geschichte des Landes während der Zeit vom Aufhören der letzten Lepranachrichten bis zum Wiederauftreten der ersten Fälle also ungefähr von 1500—1800 und 2) die Art der Einwirkung der Lepra auf den Menschen.

Die Geschichte des Landes zeigt uns während der ganzen in Frage kommenden Zeit ein äusserst trauriges Bild. Gerade in diesen Zeitraum fallen die schrecklichen Kriege zwischen dem Schwertbrüderorden, den Polen, Schweden und Russen die um den Besitz des Landes im Lande selbst geführt wurden und mit schrecklichen Verwüstungen Hand in Hand gingen. Es kommen hinzu furchtbare Pestepidemien. Alles das zusammen hatte das ganze Land fast entvölkert. Müller z. B. sagt in einer seiner aufgefundenen ums Jahr 1600 gehaltenen Predigten, dass in den sonst stark bevölkerten Kirchspielen Oberpahlen und Klein St. Johannis zusammen — nur ca. 10 Personen die letzten Kriege und Seuchen überlebt hatten.

Da die Zeit der Kriege mit geringen Unterbrechungen fast 2 Jahrhunderte angedauert hat, so ist es verständlich, dass die spärliche Landesbevölkerung in dieser Zeit, um die Existenz zu fristen, mit den grössten Mühsalen und Entbehrungen hat kämpfen müssen. Da die Lepra den Menschen hochgradig entkräftet und zum Ertragen von körperlichen Strapazen unfähig macht, so ist es schwer anzunehmen, dass Lepröse unter solchen Umständen ihre Existenz lange behaupten konnten. Da nun die Krankheit sich sehr langsam entwickelt und nur schwer übertragbar ist, so ist wohl am wahrscheinlichsten, dass die Krankheit in dieser Zeit zusammen mit den letzten Kranken aufgehört hat zu existiren.

Auch die ersten Nachrichten über das Wiedererscheinen der Krankheit bei uns sprechen mehr für eine Wiedereinschleppung als für ein erneutes Umsichgreifen.

Es werden die ersten Fälle angetroffen zu einer Zeit, wo das Land schon 1 Jahrhundert lang in gleicher Ruhe gelebt hatte, wo aber wohl vor ca. 10—12 Jahren die Einwohner mit vielen durchziehenden Fremden in Berührung gekommen waren.

Im südöstlichen Russland herrschte nach sicheren Angaben zu Ende des vorigen und zu Beginn dieses Jahrhunderts die Lepra ziemlich stark. Zur Zeit des französischen Krieges zog viel Kriegsvolk aus den verschiedenen Theilen des Reiches stammend durch die Ostseeprovinzen und lagerte hier zeitweilig. Es ist wohl recht wahrscheinlich dass unter den Soldaten auch Lepröse gewesen sein mögen und dass wohl damals die ersten Leprakeime wieder in die Ostseeprovinzen eingeschleppt worden sind. Aus diesem Grunde sehen wir wohl auch die ersten Leprafälle an den Hauptheerstrassen auftreten; ein Herd in Estland ca. 30 Werst von Reval im Kirchspiel St. Johannis an der grossen Petersburger Heerstrasse und ein anderer in Livland im Koddafer'schen Kirchspiel an der grossen Strasse die von Petersburg über Dorpat nach Riga führte.

Starke Militäreinquartirungen hatte das Land ferner noch nach dem polnischen Aufstande 1832 zu tragen, worauf E. v. Bergmann das Auftreten von vielen Syphilisfällen zurückführt, ferner 1846 und 1847, wo hier Bauernaufstände befürchtet wurden. Damals haben wohl eine grössere Anzahl von Infectionen mit Lepra stattgefunden.

Unsere Kenntnisse über die jetzt bestehende Lepra reichen bis in die zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts zurück. Es gebührt dem damaligen Dorpater Professor Struve das Verdienst die Forschung auf diese Krankheit hingewiesen zu haben. Ist er dabei auch von irrthümlichen Voraussetzungen ausgegangen, so sind doch seine Arbeiten und die Arbeiten seiner Schüler wegen des Nachweises der damaligen Existenz der Lepra in den Ostseeprovinzen nicht weniger werthvoll.

Man hat später die damals mitgetheilten Fälle meistentheils ganz strict als nicht Lepra hingestellt. Nur einige Wenige geben die Möglichkeit der Richtigkeit der Diagnose zu. Ich glaube aber, sicher mit Unrecht. Es sind wohl sicher nicht alle die damaligen Fälle Lepra, es giebt aber andererseits auch unzweifelhafte Leprafälle unter ihnen.

Der älteste und erste der damals mitgetheilten Fälle, der sicher Lepra vorstellt, ist der in der im Jahre 1824 erschienenen Dissertation von Meyer beschriebene Fall Nr. 6. Es ist ein Fischer vom Peipusstrande Namens Peter, 60 a. n. Es sind bei ihm deutliche Knoten im Gesicht und an den Extremitäten beschrieben. Trotz aller Quecksilberbehandlung wird er aus der Dorpater Klinik, wo er Hülfe gesucht, nach längerer Behandlung ungebessert entlassen.

Die folgenden wohl sicheren Leprafälle finden sich in der Dissertation von Brehm die 1828 erschienen ist. Es sind das die im Kirchspiel St. Johannis in Estland an der Petersburger Strasse 30 Werst von Reval wohnhaften Bauern Juerry, 14 a. n., aus der Campen'schen Gemeinde, Caje, 27 a. n., aus der Gemeinde Rasick, Dorf Woase, 1 Werst vom Wohnorte des ersteren entfernt und Anna, 21 a. n., aus Neudorff, Gemeinde Rasick. Der 4. Fall ein Bauer Mattis 35 a. n. stammt aus Livland aus Awwinorm vom Peipusufer.

Von den 1836 mitgetheilten Blosfeldt'schen Fällen ist wohl nur Fall 7, ein Soldatensohn in einem Rigaschen Militärhospital liegend, Lepra.

Der Zeit nach sind jetzt die nächsten die 1860 in der Dissertation von Rogenhagen mitgetheilten Fälle. Es sind das die 1843 beobachteten aus dem Kirchspiel Koddafer stammenden Geschwister Marie, Lena, Greta und Kadri Wilius und die aus dem Flecken Tschorna stammende Russin Stepanida Pawlowna. Es folgen dann Tönno Laht gleichfalls aus Koddafer, 1859 beobachtet und M. Waht aus Kawershof am Embach. Ein Fall stammt aus Estland Kreis Wesenberg, der schon leprös, nach Kersell in Livland übersiedelt. Er erwähnt eine Lepröse Ausländerin aus der Stadt Fellin, ohne aber anzugeben, woher sie eingewandert ist, zuletzt 2 Fälle aus Gutmannsbach am Pernauschen Strande.

Es findet sich bei Rogenhagen eine interessante Notiz von dem früheren Pernauschen Kreisarzte Dr. Landesen. «Er (Landesen) hat vor ungefähr 12 Jahren (also 1848) auf dem Gute Saarenhof, 70 Werst südlich von Pernau 15 Kranke mit Elephantiasis graecorum behaftet zu gleicher Zeit in Behandlung gehabt.

Die Gutsverwaltung hatte damals den Kranken ein Leprahaus eingerichtet. In den letzten Jahren sind diese Fälle seltener geworden.»

Es wäre hier somit schon vor ca. 50 Jahren in Livland ein Leprosorium vorhanden gewesen. Ob die Insassen des Hauses wirklich Lepröse gewesen oder was daraus geworden, könnte vielleicht durch nähere Nachforschungen an Ort und Stelle constatirt werden.

Was Rogenhagen auf seinen Reisen selbst gesehen und was er von Stadt- und Landärzten erfahren, lässt ihn schliessen, dass die Lepra in Livland sehr selten vorkommt. «In der Umgebung des Wirzjerw ist die Krankheit dem Bauer wie dem Gebildeten völlig unbekannt».

Da mir die Verhältnisse im lettischen Theile Livlands weniger bekannt sind und ich die augenblickliche Ausbreitung der Krankheit weniger kenne als im estnischen Theile und in Folge dessen auch die Beziehungen der einzelnen Fälle untereinander weniger genau verfolgen kann, so will ich mich auf die Fälle im estnischen Theil von Livland und auf Estland allein beschränken.

Da die bisher angeführten Fälle zu der Zahl der angezweifelten gehören so habe ich sie, die ich für Lepra halte einzeln namentlich angeführt.

Auf eine genaue Prüfung der angeführten Krankheitssymptome einzugehen erlaubt mir leider hier die Zeit nicht. Es spricht aber, abgesehen von allem Uebrigen, auch schon der Umstand, dass immer mehrere Fälle untereinander in Beziehungen stehen zu Gunsten dessen dass wir es mit wirklicher Lepra zu thun haben.

Die geschichtlich nächsten Fälle waren die Wachsmuth'schen.

Sein erster Fall ist in sofern von Interesse (Anna Erna) als es der erste ist, der ausser den in die Kliniken gekommenen schon sicher Leprös in Dorpat ständig wohnhaft wird, und zwar im Armenhause. Die Patientin hat in Kawast am Embach gewohnt, sich wohl hier inficirt, ist dann in Kardis gewesen und verbringt ihre letzten Jahre im hiesigen Armenhause.

Sein zweiter Fall stammt aus Anrepshof, Lunja, ist seit frühster Jugend in Dorpat, ob aber hier inficirt, lässt sich nicht constatiren, da wir auch später noch in Anrepshof Lepra finden. Es sind 3 Fälle Russinen wieder vom Peipusufer, von denen 2 im Sommer als Ziegelarbeiterinnen verschiedenerorts gearbeitet haben, eine z. B. auch in Ropkoy, und welche beide einen lockeren Lebenswandel geführt, ferner 1 Frau aus dem Wesenbergschen Kreise (S. Wellbaum) und ein Mann aus Laiksaar bei Gutmannsbach.

Im Ganzen haben wir es mit 4 Russen (davon 2 nicht in Livland) und 4 Esten zu thun.

Von den ersten von Bergmann'schen Fällen stammen 2 Russen aus der Peipusgegend (Allatzkiwi) 2 aus dem Saaraschen, 3 aus Warrol bei Dorpat, 2 aus Dorpat, 1 aus Duckershof, die Uebrigen aus Wurken, Kreis Wolmar, Rujen.

Es sind somit bis zum Jahre 1870 erst ca. 30 Leprafälle im Lande bekannt gewesen d. h. in der Zeit vom ersten Fall von 1824—1870 d. h. in 46 Jahren. Ein nicht weit von Dorpat existirender jetzt grösster Leprabezirk Tarwast ist noch gar nicht erwähnt. Wie schnell jetzt die Zahlen steigen ist aus den Arbeiten von Wellberg, Paulson, A. v. Bergmann, Hellat und den auf Veranlassung der Lepravereine veranlassten Erhebungen Lohks, Akels, Schirons hinreichend bekannt.

Wenn sicher ein Theil des Zifferzuwachses auf die genauere Durchforschung der einzelnen Bezirke zurückgeführt werden kann, so lässt sich doch auch ausserdem ein schnelles Umsichgreifen der Krankheit unzweifelhaft constatiren. Betrachten wir z. B. Tarwast, welches von Hellat seiner Zeit sehr genau untersucht worden ist, wo ihm sicher nur wenige Kranke entgehen konnten. Er konnte daselbst nur 24 Fälle constatiren. 10 Jahre später fand Pallop 120 Fälle und unter ihnen waren nur einige der Hellat'schen Fälle noch vorhanden.

Dasselbe Bild in Hallist, auf Oesel. Die Thatsachen zeigen ohne Zweifel, dass die Verbreitung der Krankheit bes. in den letzten 20 Jahren ganz rapid fortschreitet während sie früher mehr stillgestanden hatte. Es zwingt sich da unwillkürlich die Frage auf, was ist der Grund dieser Erscheinung?

Es könnten hier 3 Factoren in Betracht kommen:

1) Die Krankheit könnte nach Art der mehr acuten Infectionskrankheiten an Intensität zugenommen haben, wie wir es ja bei der Pest, bei Cholera, ja bei Scharlach etc. sehen ohne dass uns die Gründe dazu bekannt wären.

2) könnten bei früherer Infectiosität von aussen viele Infectionskeime eingeführt worden sein,

3) könnten sich die Lebensverhältnisse der Bevölkerung in der letzten Zeit stark geändert haben, und zwar derart, dass für die Ausbreitung der Lepra äusserst günstige Bedingungen geschaffen worden sind.

Wenngleich die eigentliche Wiege der Lepra sowohl, wie der meisten Infectionskrankheiten Asien zu sein scheint, von wo aus sie im Mittelalter einmal ganz Europa überfluthete, wenngleich auch in diesem Jahrhundert die Lepra von diesem Continent aus sowohl nach Westen nach Russland, Türkei, Griechenland etc. nach Osten nach America sich ausbreitet, so greift die Seuche doch so langsam um sich dass von solchen Fluthwellen, wie bei der Cholera, Pest etc. nicht die Rede sein kann. Um Jahrhunderte langes Steigen und Wiederfallen in regelmässiger Wiederkehr anzunehmen, fehlen uns die nöthigen Gründe. Es lässt sich ferner nicht feststellen, dass besonders in der in Frage kommenden Zeit eine grosse Einschleppung der Krankheitskeime von aussen her stattgefunden hatte.

Im Gegentheil, es fehlen die in früherer Zeit so gefährlichen Einquartirungen, es haben die hausirenden Russen und Juden ihre Thätigkeit so gut wie vollständig eingestellt. Es bleibt uns also nur und allein der zuletzt angeführte Grund übrig, eine Aenderung im Volksleben. Um hier Klarheit zu erlangen erscheint es nothwendig etwas zurückzugreifen und das Leben und die Gewohnheiten des hiesigen Landvolkes früher und jetzt näher kennen zu lernen.

Nachdem Livland an Russland gekommen war, trat Friede im Lande ein. Da die Landbevölkerung leibeigen geworden so mussten die schollenpflichtigen Bauern ihr ganzes Leben lang in einem engumgrenzten Gebiete bleiben. Nicht einmal Heirathen waren aus Nachbargemeinden zulässig. Die einzigen Gelegenheiten mit anderen in Berührung zu kommen waren Sonntags bei der Kirche und auf den oft weiten Fahrten, wo sie die Feldproducte ablieferten oder aber die nothwendigen Gebrauchsartikel z. B. Salz etc. aus den Hafenstädten sich besorgten. So blieb es das ganze 18. Jahrhundert hindurch. Eine kleine Aenderung trat in diese Stille zu Ende des vorigen Jahrhunderts dadurch, dass man anfing aus Livland für das russische Heer Recruten auszuheben, aber dieselben kehrten selten in die Heimath wieder zurück, da die Dienstzeit eine zu lange, die Strapazen zu grosse waren.

Die Befreiung aus der Leibeigenschaft 1819 brachte nicht allzuviel Wechsel in das Leben der Bevölkerung. Der Bauer, obgleich jetzt frei, durfte doch nicht aus den Grenzen seines Kirchspiels heraus, und dort gab es keine andere Arbeit als die Feldarbeit. Ohne Aenderung gingen die Bauern den alten Weg. Was im Laufe von Generationen üblich gewesen, wurde streng beibehalten. Die Gährung in der Zeit von 1840—1850 blieb für das Land im grossen und Ganzen von geringer Bedeutung. Einen Wechsel brachte erst das Jahr 1848 resp. 56, wo die Vermögensverhältnisse der Bauern mehr geregelt wurden. Dieselben erhielten das Recht längerdauernde Pachtcontracte abzuschliessen während welcher Zeit sie sich in ihrem Heim sicher fühlen konnten, ja konnten jetzt schon unbewegliches Eigenthum erwerben wenn sie NB. die Mittel dazu hatten. Schnell besserten sich die Verhältnisse, und als 1866 die früheren Pachtcontracte in Geldcontracte umgewandelt wurden erhielt alles plötzlich ein ganz anderes Aussehen. Eine wahre Völkerwanderung entstand im ganzen Lande.

Früher wohnten neben jedem Gesinde die sogenannten Lostreiber mit ihren Familien. Die Wirthe wie die Lostreiber, beide auf fremdem Boden, beide ohne einen besonderen Besitz, beide dem Gute frohnpflichtig, nur der Bezeichnung nach von einander unterschieden. War die Zahl der Familienangehörigen in einem Hause zu gross geworden, während es an anderen Stellen an Arbeitskräften mangelte, so wurden auf Beschluss der Guts- oder Gemeindeverwaltung ein Theil als freie Arbeiter dorthin geschickt. Die Zahl solcher landlosen oder nicht festsitzenden Dienstboten war eine sehr geringe. Jetzt trat plötzlich da eine grosse Aenderung ein. Der Wirth war Eigenthümer des ganzen Landstückes, auch des Theiles, wo die Lostreiber wohnten, geworden. Er musste sehen, wie er aus seinem Boden den grössten Nutzen zog. Es war der grösste Nutzen zu erzielen dadurch, dass das Landstück mit den geringsten Kräften bearbeitet wurde. Die Lostreiber waren plötzlich den Wirthen gegenüber in dieselbe Lage gerathen, wie die Wirthe früher ihren Gutsbesitzern gegenüber gewesen. Sie konnte aus ihren Stellen gleich ausgewiesen werden und von diesem ihrem Rechte machten die Wirthe den ausgedehntesten Gebrauch. Es entstand da der jetzige ledige Arbeiterstand. Es zogen die früheren Lostreiber im ganzen Lande umher um besseres Verdienst zu suchen.

Es fragt sich nun, in welcher Weise dieser Umstand die Ausbreitung der Lepra fördern konnte, was besonders dem bei alledem so günstige Bedingungen bot?

Die Bekämpfung der Lepra in den ältesten sowohl als in späteren Zeiten, die so wirksame Isolirung ist nicht nach wohlüberlegten medicinischen Grundsätzen ins Leben gerufen, sondern es ist eine im Volke selbst im Laufe der Zeit durch schlechte Erfahrungen veranlasste Einrichtung. Es gehört eine lange Zeit dazu, bis solche Erfahrungen gemacht werden können. Es können ferner solche Erfahrungen nur gemacht werden, wenn bei der so langsam sich verbreitenden Lepra die Gelegenheit geboten wird, die Kranken und die Krankheit an Ort und Stelle zu beobachten. Es lernt da jeder sich in Acht zu nehmen. Wir sehen daher, dass die Lepra in Gebieten, wo sie schon seit den ältesten Zeiten herrscht und wo keine besondere Gründe die Bevölkerung zu Neuerungen in ihren Gewohnheiten genöthigt haben, sich nicht so

rapid mehr ausbreitet, kommt sie dagegen in eine neue Gegend und sind die Bedingungen sonst für die Ausbreitung günstig, so pflegt sie sehr schnell um sich zu greifen. Wir brauchen nur an die bekannte Thatsache auf den Sandwich Inseln zu denken wo der erste Leprafall 1853 beobachtet wurde und wo es 1880 schon daselbst 2000 Lepröse gab.

Wenn auch in den Ostseeprovinzen die Lepra schon zu Anfang des Jahrhunderts eingeschleppt worden war, so konnte sie, dank der Festsässigkeit der Einwohner doch nicht recht weiter dringen. Es kamen die Kranken nur mit ihrer nächsten Umgebung in Berührung, und jeder etwas weiter stehende hütete sich vor solchen Menschen mit der «schlechten Krankheit». Die Syphilis war hier schon in der Mitte des 15 Jahrhunderts eingeschleppt, trat aber doch erst in weiterem Masse seit 1812 resp. 32 auf. Hier konnten die Leute sich in kurzer Zeit von der Infectiosität überzeugen und da der Unterschied von Lepra und Syphilis nicht einmal von Aerzten gemacht werden konnte, so hütete man sich vor ihr ebenso. Es waren, wie ich es aus dem Fellinschen weiss, Familien mit der «schlechten Krankheit» in der Umgebung sehr gut bekannt und jeder hütete sich mit ihnen in nähere Beziehungen oder geschweige denn z. B. durch die Ehe in verwandtschaftliche Verhältnisse zu treten.

So hatte die Lues gewissermassen gelehrt der Verbreitung der Lepra einen Damm entgegenzusetzen.

Alle diese Gründe die bis in die 70-er Jahre die Ausbreitung der Lepra behindert hatten, hörten mit dem Eintritt der grossen Bewegung auf. Es wurden viele Lepranester geradezu in alle vier Winde gesprengt. Es fand gewissermassen eine Aussaat von Lepra statt, welche wieder um so eher günstigen Boden finden konnte, als die Kranken in ihrer neuen Umgebung nicht als Kranke bekannt waren, als sich die Miteinwohner nicht wussten vor denselben in Acht zu nehmen zumal ja es im Interesse jedes Kranken lag, sein Leiden zu verheimlichen.

Ziehen wir in Betracht, dass bei dem örtlichen Landvolke, wie es ja im Ganzen bei der ärmeren Bevölkerung der Fall zu sein pflegt, gemeinsames Essgeschirr, gemeinsame Badestuben, oft gemeinsames Lager benutzt wird was ist da noch mehr zur schnellen Verbreitung einer Infectionskrankheit nöthig.

Wenn auch gerade in diese Zeit das Herumstreifen der Borstenrussen und Hausirer, unter denen sicher Lepröse so mehrfach vorgekommen sind, fällt, so scheint mir doch, dass die schnelle Ausbreitung mehr durch Einheimische als durch die Fremden vermittelt worden ist. Sehr wahrscheinlich wird diese Thatsache wenn man die Ausbreitung der Krankheit in den Hauptherden sich ansieht. Hier lässt es sich nachweisen wie grade durch die Dienstboten, die oft jährlich ihre Stellen wechseln, theils dadurch dass sie bei leprösen Wirthen sich inficiren, theils dadurch dass sie leprös ihre Krankheit weiter auf Gesunde übertragen, die Lepra energisch ausgebreitet wird.

Ein zweiter sehr wichtiger Factor hierbei ist die Heirath, wodurch zwei Familien in sehr enge Beziehungen zu einander gebracht werden. Wie gefährlich auch ein mehr kurzdauerndes aber sonst intimes Zusammensein sein kann, haben ja die Mittheilungen von A. v. Bergmann und v. Reissner aus den Rigaschen Armenhäusern und von Lohk von der Insel Oesel gezeigt.

Inwiefern der Verkehr und gemeinsame Beziehungen die Ausbreitung der Lepra fördert, zeigt uns die Geschichte der Krankheit hinreichend. Wir brauchen nur an die Zeit der Völkerwanderung und der Kreuzzüge zu denken und das Auftreten und Wüthen der Lepra zu diesen Zeiten, davon giebt uns unser Hauptlepraherd, Tarwast, in der engeren Heimath ein sehr sprechendes Beispiel.

Wenn wir die Karte der Gegend ansehen, so finden wir, dass das Gebiet im Norden von dem Wirzjerw begrenzt ist. Nach Westen hin wird das ganze Kirchspiel von einem 2—3 Werst breiten Walde, durch den bis vor kurzem nur äusserst schwer passirbare Wege führten und von einem Morast abgegrenzt, mehr nach Süden ist der Abschluss gegen Holstfershof nicht so absolut, eine Flussniederung bildet hier die Grenze des Kirchspieles. Es führen aber die Hauptwege nach der nächsten Stadt, Fellin, durch Holstfershof. Gar keine natürlichen noch sonstigen Hindernisse haben wir nach Osten, Suislep gegenüber. Es ist der Abschluss an der Westgrenze ein so guter, dass sich auf der anderen Seite ein vollkommen verschiedener Dialect erhalten hat. Es hat so gut wie gar kein Verkehr zwischen hier und dort stattgefunden — die Leute gehörten verschiedenen Kirchspielen an, hatten verschiedene Auswege zur Stadt, es lag kein Krug auf der Strecke, der die Leute zusammengebracht hätte, sie sind einander fern geblieben — wir haben westlich von dem Bezirke keinen einzigen Leprafall.

Nach Holstfershof hin ist der Abschluss kein so starker. Es ist der Dialect schon ein sehr ähnlicher; wenn auch zu verschiedenen Kirchspielen gehörig, haben sie doch denselben Weg zur nächsten Stadt und dieselben Krüge an diesem Wege. Es ist mehr gemeinsames da — wir haben in Holstfershof Leprafälle, deren Ursprung auf Tarwast zurückgeführt werden kann.

Nach Suislep hin besteht keine natürliche Grenze, es ist der Dialect derselbe, die Leute gehören zu demselben Kirchspiele, kommen oft zusammen und wir sehen, dass die Krankheit hier fast ebenso stark vertreten ist, wie in Tarwast selbst. Es dringt auf von Tarwast her die Lepra stark nach dem Süden fort und mehren sich auch dort die Fälle beständig.

Wie die Anknüpfung verwandtschaftlicher Beziehungen durch die Ehe die Ausbreitung der Lepra fördern kann, zeigt ein Fall aus Holstfershof deutlich der auch zugleich einen Weg, wie die Lepra nach Holstfershof gekommen angiebt.

Vor jetzt 37 oder 38 Jahren wurde aus dem Holstfershofschen Pulleritsa Gesinde eine Tochter des Wirthes, Mari Pullerits, nach Tarwast, Pendre Gesinde, verheirathet, wo die Mutter ihres Mannes leprös war. Sie unterhielt rege Beziehungen mit dem elterlichen Hause und ihre jüngere Schwester Anna besuchte sie oft und hielt sich bei ihr auf. Dieselbe wurde bald nach dem Nachbargesinde in Holtsfershof Looritse verheirathet. Ihr Bruder wurde Wirth im Pulleritsa Gesinde.

Es erkrankten nun an der Lepra von den 6 Kindern der Mari, geb. Pullerits, 3, ein Sohn und zwei Töchter, während sie selbst und ihr Mann gesund blieben. Es erkrankte aber auch ihre Schwester, die nach Looritse verheirathet war. Da sie nicht wussten um welche Krankheit es sich handelte, wenngleich das Aussehen sehr eigenthümlich gewesen sei, so wurde zwischen den einzelnen Familien ein sehr reger Verkehr unterhalten.

Es war mittlerweile die Tochter des Looritse Gesindes an Juhan Jögewest verheirathet worden, der aus Hummelhof, aus einer bis dahin leprafreien Gegend und aus einer leprafreien Familie ins Haus gekommen war. Es hatte ferner ein Sohn des Pulleritsa Wirthes Hans Pullerits, der als Lahmer das Schneiderhandwerk erlernt und in der ganzen Gegend gearbeitet hatte, oft auch bei der Tante in Looritse gearbeitet und sonst zum Besuch gewesen war, der zuletzt sich unweit des Looritse Gesindes eine kleine Bude errichtet hatte mit Epp Poal aus Aidenhof, ebenfalls Gegend und Familie bisher leprafrei, verheirathet. Im vorigen Jahre nun war der Schwiegersohn von Looritse angeblich schon seit 5—6 Jahren

leprös obgleich seine Frau gesund war. Es war leprös geworden der Hans Pullerits und ferner auch sein Weib Epp Pullerits. Ob da noch fernere Infectionen durch diese gefährliche Ehe veranlasst worden habe ich nicht erfahren können.

Zur Illustration wie die Lepra durch weitere Strecken von einer Familie ausgebreitet werden kann, diene folgender Fall, wo auch wieder durch Heirath die Lepra in eine Familie gekommen ist.

Pat. Jaan Thomson erschien in diesem Frühjahr im Leprosorium Muhli und bat um Aufnahme. Er stammte seinen Papieren nach aus Testama. Bei der Anamnesenaufnahme ergiebt sich aber folgendes: Pat. gehörte ursprünglich zur Stadt Fellin, ist aber geboren in Tignitz. Vor ca. 25 Jahren zog er aus Tignitz nach Testama als Arrendator. Dorthin zog ihm bald sein Bruder, der eine Liisa Wall geheirathet hatte, in deren Familie Leprafälle gewesen waren, nach.

Die Brüder wohnten in einem Hause, wenn auch in verschiedenen Zimmern. Hier erkrankte die Frau des Bruders an Lepra, welche Krankheit aber nicht richtig erkannt wurde. Nach einigen Jahren zog der Bruder mit seiner leprösen Frau in eine andere Gegend. 2 seiner Kinder sind leprös geworden und sind jetzt ebenso wie die Mutter an der Krankheit gestorben.

Jetzt nachträglich erkrankte oben genannter Jaan Thomson gleichfalls an der Lepra und ob die Krankheit allein auf ihn übergegangen bleibt erst abzuwarten.

Dass in einigen Gegenden bestimmte Eigenschaften oder Gewohnheiten der Bevölkerung die schnelle Ausbreitung der Krankheit ausserordentlich begünstigen, scheint festzustehen.

Vielleicht steht in Tarwast die grosse Zahl der Leprösen im Zusammenhange mit der sprichwörtlichen Unreinigkeit der Wohnungen in jener Gegend, trotzdem die Gegend eine relativ recht wohlhabende ist.

Im Hallist'schen ist es früher gebräuchlich gewesen, ob auch jetzt noch, weiss ich nicht mehr, dass die Wirthe den Arbeitern die Kleidung zu liefern hatten und ging ein Arbeiter fort und kam ein neuer an seine Stelle, so bekam er die Kleidungsstücke die sein Vorgänger abgelegt. Dass hierdurch die Krankheit leichter verbreitet wurde, ist wohl klar.

Fassen wir die Erörterungen kurz zusammen, so sehen wir dass die schnelle Ausbreitung der Lepra besonders in den beiden letzten Jahrzehnten als eine Folge der hier stattgehabten wirthschaftlichen Veränderungen des Lebens des Landvolkes anzusehen ist, dass die Krankheit durch die Kranken sehr weit über das ganze Land ausgebreitet wurde und, dass bei Unkenntniss der Krankheit und der Familienverhältnisse des Kranken die nähere Umgebung sich nicht vor einer Ansteckung zu hüten wusste.

Dass die Lepra trotz der langen Incubationszeit sich doch relativ in kurzer Zeit über eine grosse Anzahl von Personen ausdehnen kann, beweist uns deutlich der Fall von den Sandwichsinseln.

Sind die obigen Ausführungen richtig, so müsste man nach denselben zur Prophylaxe gegen die Lepra folgende Massregeln ergreifen:

1) Möglichst genaue Bekanntmachung der Landeseinwohner mit der Krankheit, sowohl ihrer Symptomatologie als auch ihren infectiösen Eigenschaften, durch die Tagespresse und durch eigene kleine Brochüren.

2) Oeffentliches Namhaftmachen der an Lepra Erkrankten, so dass Jedermann in der näheren Umgebung es weiss, wenn er mit einem Leprösen zu thun hat.

3) Genaue Listen über alle irgendwie zur Kenntniss der Aerzte oder anderer Personen gelangten Leprösen und Controlle über ihre Lebensweise. Bei Wohnungsänderung sofortige Mittheilung an die Behörde des neuen Wohnortes.

Diese Massregeln sind vielleicht etwas zu grausam, aber es ist gegen die Lepra mit schwachen Mitteln nichts auszurichten. Unbemittelte würden auf diese Weise wohl bald zum Eintritt in Leprosorien gezwungen werden, während auch bei Bemittelten dafür gesorgt würde, dass sie nicht zu weiteren Infectionen Veranlassung geben könnten. Man käme auf diese Weise vielleicht sogar über die gefürchteten Zwangsmassregeln zur Isolirung hinüber.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Дм. Щербачевъ; Практическій курсъ клиническаго изслѣдованія мочи съ 43 рисунками. С. П. Б. Риккеръ. 1897. 236 pg. Цѣна 1 р. 50 к.

Dieses im Allgemeinen für den Anfänger und weniger Geübten bestimmte, praktisch und sachmässig zusammengestellte Handbuch enthält in systematischer Entwickelung die üblichen und gebräuchlichen klinischen Untersuchungsmethoden des Harns in ausführlicher Beschreibung und mit Erklärung der Reactionen. — Durch letzteren Umstand gewinnt es besonders an Werth. Die Abbildungen illustriren in genügender Weise die anzuwendenden Apparate und die mikroscopischen Bilder. Leider fehlt bei dem sonst durchaus empfehlenswerthen Buch ein alphabetischer Index des Stoffes. K—r.

F. Ganghofner: Die Serumbehandlung der Diphtherie. (Jena, G. Fischer. 1897. Preis 2 Mark.

Diese Abhandlung bildet das I Heft des I Supplementbandes des Penzoldt-Stintzing'schen Handbuches der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Sie enthält auf 75 Seiten in klarer und kurzer Darstellung alles was über die moderne Serumtherapie der Diphtherie bekannt und veröffentlicht ist.

Die Natur und die Wirkungsweise des Serums, die Resultate der statistischen Ermittelungen, klinische Beobachtungen, Nebenwirkungen des Serums, prophylactische Impfung, Gewinnung des Serums, Technik und Dosirung der Injectionen, kurz alles bringt diese literarische Zusammenstellung der Beobachtungen anderer Autoren und des Verfassers. — Letzterer ist dabei ein eifriger Anhänger dieser neuen Behandlungsmethode und tritt für sie in vollem Masse ein. Er hält das nach der Behring'schen Methode hergestellte Diphtherieantitoxin für das beste der bisher gegen die Diphtherie verwendeten Heilmittel. Verf. selbst hat 500 Fälle von Diphtherie der Serumtherapie unterzogen. Von diesen genasen 426 und starben 74. Mortalität also 14,8 Proc. Die Vorjahre (ohne Serumbehandlung) hatten die zwar stets abfallenden, aber enormen Sterblichkeitsziffern von 60, 54, 51, 48, 49, 45, 43 Procent ergeben. Manche Einwände anderer Autoren gegen das Serum weist Verf. kritisch zurück und will nichts von event. schädlichen Nebenwirkungen wissen. — Das Auftreten von Exanthemen post inj. wird meist um den 10. Tag herum beobachtet. — Eine frühzeitige Serumanwendung am 1., 2. meist noch am 3. Tage der Erkrankung gewährleistet fast sicheren Erfolg. — Verf. verwendet gewöhnlich 600—1000 A. E. und wiederholt sie event. 1—2 Mal. Was die Frage der Lokalbehandlung neben den Seruminjectionen betrifft, so spricht sich Verf. darüber folgendermassen aus: «In frischen nicht vorgeschrittenen Fällen von Rachendiphtherie reicht die Serumbehandlung aus, um eine rasche Abheilung sicher herbeizuführen; in solchen Fällen erscheint eine Localbehandlung nicht nothwendig. In ernsteren und einigermassen grössere Ausbreitung darbietenden Fällen ist nebenbei die Einleitung einer Localbehandlung in Form von ausgiebigen Irrigationen der Mundrachenhöhle mit indifferenten oder schwach desinficirenden Flüssigkeiten indicirt. Eine energischere Localbehandlung könnte allenfalls in Frage kommen bei Mischinfectionen schwerer Natur». Kallmeyer.

Max Neuburger: Die historische Entwickelung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens. Stuttgart. Verlag von J. Enke. 1897. 361 pag. Preis 10 Mark.

Die auf Quellenstudien beruhende Schrift bringt in drei Abschnitten die Geschichte der älteren Experimentalphysiologie des Centralnervensystems. Die erste Epoche reicht von Thomas Willis bis Haller, die zweite umfasst das Zeitalter Hallers, die dritte erstreckt sich vom Tode Hallers bis zu Magendie und Flourens.

Erscheint der wissenschaftliche Erwerb des geschilderten Zeitraumes gegenüber unseren heutigen Kenntnissen auch äusserst dürftig und unsicher, so wurzeln diese doch ganz in

jenem. Es gewährt daher einen besonderen Reiz, an der Hand des geistvoll geschriebenen Buches den Entwicklungsgang der modernen Errungenschaften zu verfolgen.

Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Kraindel: Balsamirung der Leichen durch 5 pCt. Formalinlösung.

Die antiseptischen und conservirenden Eigenschaften des Formalins sind seit längerer Zeit bekannt. Unter Leitung von Prof. P. Lesshaft versuchte Verf. im hiesigen Biologischen Laboratorium das neue Mittel, welches dabei das Aussehen der Gewebe gar nicht verändert, auch zur Balsamirung der Leichen zu verwenden; wegen des billigen Preises des Formalins könnte die Balsamirung dann auch den weniger wohlhabenden Klassen der Gesellschaft zugänglich gemacht werden. Am besten geeignet dazu erwies sich eine 5% Lösung. Verf. injicirte damit durch die grossen Gefässe mittelst einer besonderen dazu geeigneten Spritze anfangs nur einzelne Körpertheile und darauf auch ganze Kinderleichen. Die Resultate waren überall gleich gut; die balsamirten Körpertheile, sowie die Kinderleichen behielten 50 Tage lang, anfangs bei 12—15°C., ihre normale Farbe, ohne dabei irgend welche zeichen der Fäulniss wahrnehmen zu lassen. Das dazu erforderliche Quantum der 5 pCt. Formalinlösung ist $^1/_8$—$^1/_4$ Gewicht der Leiche. (Separatabdruck aus den «Berichten des St.-Petersburger Biologischen Laboratoriums», Bd. II., Lieferung I)

S.

— Casoli lobt das Airol bei varicösen Geschwüren mit chronischem Eczem. In Fällen, wo Jodoform wegen seiner reizenden Wirkung nicht angewendet werden konnte und wo die anderen Ersatzmittel erfolglos geblieben sind, rief das Airol eine rasche Granulationsbildung hervor, ohne irgend welche Reizung der Haut zu erzeugen und brachte die Fälle in kurzer Zeit zur vollständigen Heilung. Casoli rühmt die hervorragende keratoplastische Wirkung des Airols und hält dasselbe für das geeignetste Mittel bei torpiden, atonischen Geschwüren. Mit Erfolg wendet C. das Airol bei hartnäckigen Fällen von Scrophuloderma an, woselbst nicht nur die Heilung der Geschwüre rasch erfolgt, sondern auch die benachbarten Gewebe vor Infection geschützt werden, und somit der Process beschränkt wird. Mit ausgezeichnetem Erfolge verwendete Casoli des Mittel bei Ulcera mollia.

(Therapie der Gegenwart № 6).

XII. internationaler medicinischer Congress.

Section für Dermatologie.

Dank der ausgezeichneten Organisation seitens des Sectionsvorstandes, Prof. Pospelow, verlief die Arbeit in der Section in erfreulichster Weise und nahm wohl Jeder der Theilnehmer viel angenehme Erinnerungen und mannigfache Bereicherung seiner Kenntnisse mit in die Heimath, trotz der nicht geringen Hindernisse, mit denen die Sectionsglieder zu kämpfen hatten. Wir meinen nämlich die grosse Entfernung der neuen dermatologischen Klinik (auf dem Dewitschje-Felde) vom Centrum der Stadt, zu deren Bewältigung bei der sengenden Hitze, dem argen Staube und dem schlechten Pflaster viel Liebe zur Wissenschaft gehörte, ebenso wie man nur im wahren Sinne des Wortes, im Schweisse seines Angesichtes, den Mittheilungen der Vortragenden, in dem sonst schönen geräumigen Auditorium folgen konnte, welches jedoch nicht auf Tropenhitze eingerichtet ist. Und trotz aller dieser äusseren Schwierigkeiten versammelte sich täglich eine ansehnliche Zahl von Collegen, ja sogar von vielen anderen Sectionen strömten Collegen in die dermatologische Klinik hinaus, um sich die höchst interessante Ausstellung von Wachsmodellen (Moulages) und Photographien verschiedener Hautaffectionen anzusehen, die nicht nur für den Dermatologen, sondern auch für jeden Arzt von grossem Interesse war. Wir werden wohl von Allen, welche die Mühe nicht gescheut haben, die Bestätigung erhalten, wenn wir die dermatologische Section als eine der gelungensten des ganzen XII. internationalen medicinischen Congresses bezeichnen.

I. Sitzung am 8./20. August von 9—3½ Uhr.

(Von 12—1 wurde eine Pause gemacht und da man nicht Zeit hatte wegzufahren, so benutzte man eifrig den liebenswürdigst in dem ersten Stock der Klinik servirten Tisch mit Butterbrödten, Thee, Kaffee und Bier).

Zur festgesetzten Zeit füllte sich das grosse Auditorium dicht gedrängt mit jungen und alten Collegen, darunter eine Reihe Berühmtheiten, aus den verschiedensten Ländern, von denen zu nennen wären, vor Allem Kaposi und Lassar, dann Schwimmer (Budapest), Unna (Hamburg), sowie die Collegen Hallopeau, Gaucher, Barthelemy u. Julien, ferner De Amicis (Neapel), Campana (Rom), Saffiantini (Mailand), Rosenthal und Behrend (Berlin), Crocker (London), Zeissl, Grünfeld (Wien), Wolff (Strassburg), Van Hoorn (Amsterdam), Roca (Spanien), Zambaco Pascha (Constantinopel). Von Vertretern Russlands wären zu erwähnen, Proff. Tarnovski, Gay, Petersen, sowie Docent Lanz, Dr. Watraczevski, Docent Nikolski und Docent Lindström (Kiew).

Der erste Sitzungstag brachte eigentlich nur Begrüssungsreden, jedoch in einer neuen Form, denn jeder Redner gab zugleich auch einen Ueberblick über eine wissenschaftliche Frage. So berichtete Prof. Tarnovski über die Verbreitung der Syphilis in Russland, auf Grund der von Dr. Grebenschtschikow ausgeführten Karten (nach den Daten des Medicinal-Departements). Prof. Gay gab einen Ueberblick über die Entwicklung der Dermato-Syphilographie in Russland.

Prof. Hallopeau sprach über Bedeutung der Toxine in der Dermatologie und wies darauf hin, dass sie wohl als Ursache einer Reihe von Hautleiden anzusehen seien.

Prof. Gaucher überbrachte in einer glänzenden, schwungvollen Rede die Grüsse der Pariser med. Facultät und der französischen Dermatologen und redete dann über die Aetiologie der Hautkrankheiten, wobei er besonders betonte, dass man beim speciellen Studium derselben stets in gleicher Weise auf den Zustand der übrigen Körperorgane achten müsse, nur dann könne man mit Erfolg den Patienten helfen.

Dr. Unna verglich in geistvoller Rede die Reden dieser Sitzung als der russischen Sitte der «Sakusska» entsprechend und sprach dann über die Wichtigkeit der mikroscopischen Untersuchungen für die Diagnose der Hautkrankheiten. Nachdem noch Van Hoorn den Gruss Niederländischer Collegen überbracht schloss Prof. Pospelow die Sitzung mit der Einladung zu einem opulenten Frühstück in demselben Auditorium, in welchem man eben die wissenschaftliche Sakusska eingenommen. Zahlreiche Reden würzten das Mahl zu dem auch die dermatologischen Damen eingeladen waren und wiederholt wurde der unermüdlichen wie erfolgreichen Arbeit Pospelow's gedacht, sowie der collegialen Einmüthigkeit der Dermatologen, trotz ihrer mannigfach völlig entgegengesetzten Anschauungen in einzelnen wissenschaftlichen Fragen.

II. Sitzung den 9./21. August.

1) Prof. Kaposi, über Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.

In vollendeter Rede wies K. darauf hin, wie schon 1877 von H. Chiari das Bestehen von Tuberkeln in der Haut dargethan worden, worauf eine Reihe von Fällen von Haut- und Schleimhaut-Tuberculose publicirt worden. Neuerdings namentlich auf dem Londoner Dermatologen-Congress sei Mancher sogar schon zu weit gegangen, in der Zuzählung verschiedener Processe zur Hauttuberculose. Verhältnissmässig selten kommt die miliare Form zur Beobachtung, doch hat K. eine ganze Reihe davon gesehen, wobei er zur Ueberzeugung gekommen, dass die Prognose eine verhältnissmässig nicht ungünstige ist.

In der Discussion macht Prof. Petersen darauf aufmerksam, dass er in einigen Fällen die Hauttuberculose von Narben ausgehen sah, welche nach Ausräumung tuberculöser Knochen hinterblieben.

Prof. Schwimmer theilt eine Reihe von Fällen von Hauttuberculose mit, die er durch gute Zeichnungen illustrirt, desgleichen Dr. Sack (Heidelberg), welcher hübsche Wachsmodelle eines Falles von Tuberculosis verrucosa cutis vorwies.

2) Prof. Barthelemy demonstrirt vorzügliche zum Theil colorirte Photographien aus der Fournier'schen Klinik. Namentlich interessirte ein Fall von Chinin-Erythem, welches ganz an universelle Roseala erinnerte.

3) Barthelemy: Anomalien der Syphiliserscheinungen. Als constantestes Symptom bei Entwicklung der Allgemeinerscheinungen der frischen Syphilis wurde bisher die Polyadenitis angesehen. Nun theilt B. einen Fall mit, wo trotz deutlicher Sclerosis lab. maj. sin und sonstiger Hauteruptionen keine Spur von Drüsenvergrösserung nachzuweisen. (Derartige Fälle hat wohl jeder vielbeschäftigte Syphilidolog beobachtet, immerhin ist es ganz passend darauf hinzuweisen, denn z. B. vor einigen Jahren erlebte Ref., dass ihm von einem Offizier, bei dem soeben eine deutliche Sclerose constatirt worden, die Antwort zu Theil wurde, dies könne keine Syphilis sein, weil keine Drüse geschwellt sei).

III. Sitzung den 10./22. August.

1) Privatdocent Nikolski (Kiew) hielt einen Nachruf mit Darlegung der wissenschaftlichen Verdienste des so früh verstorbenen Prof. M. Stukowenkow.

2) Privatdocent Lindström (Kiew) sprach über den Einfluss des Hg auf das Blut der Syphilitiker bei Anwendung von intravenösen Injectionen und bestätigt die Beobachtungen von Justus.

3) Prof. Wolff: Soll man die Syphilis mit Injectionen löslicher oder unlöslicher Hg-Salze

behandeln? W. spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen mehr für die löslichen Präparate aus.

Discussion.

Prof. Gaucher redet noch der innerlichen Verabreichung von Hg das Wort, erkennt aber andererseits die Gleichwerthigkeit von Einreibungen und Injectionen an, wobei auch er den löslichen Hg-Salzen den Vorzug ertheilt. Wenn man aber schon genöthigt ist, zu unlöslichen Präparaten zu greifen, so hält er von denselben das «Oleum cinereum» für das beste.

Docent O. Rosenthal vertheidigt die Behandlung mit unlöslichen Hg-Präparaten, namentlich Hydrarg. Salicylicum. Wenn man nur genau die Indicationen und Contraindicationen beachtet und die nöthigen Vorsichtsmassregeln beobachtet, gute Nadeln wählt und die Einspritzung nicht dem Dienstpersonal überlässt, kommt man mit der Methode zu sehr guten Erfolgen, ohne üble Nebenwirkungen.

Prof. Jullien spricht sich ebenfalls für die unlöslichen Hg-Salze aus, namentlich für Calomel, dabei habe er nie schlimme Zufälle erlebt. Um das Schicksal der injicirten unlöslichen Hg-Salze zu verfolgen, hat J. in ingeniöser Weise die Pat. gleich nach der Injection mit Röntgenstrahlen photographirt. Man sieht dann das unlösliche Salz als dunkele Flecken intermusculär liegen, wiederholt man die Aufnahme nach einigen Tagen, so ist der dunkele Fleck verschwunden, also das Salz gelöst.

Prof. Schwimmer tritt ebenfalls für Injectionen unlöslicher Salze ein; Prof. Campana will nicht so sehr die eine wie die andere Methode betont wissen, als mehr den Allgemeinzustand des Pat. und die hygienischen Bedingungen unter welchen eine Hg-Cur überhaupt vorzunehmen ist. Nachdem noch mehrere Collegen gesprochen resumirt Prof. Petersen als Vorsitzender die Discussion dahin, dass Jeder die von ihm geübte Methode rühmt und gute Resultate damit erzielt hat. Dieses sei ja auch ganz begreiflich, denn wie viele Wege nach Rom führen, so erreicht man auch durch verschiedene Arten der Hg-Behandlung schliesslich Heilung der Syphilis, die Hauptsache ist und bleibt aber doch, dass man stets eingedenk sei, dass man nicht die Syphilis, sondern den Syphilitiker behandeln soll und dass man dabei stets individualisiren müsse.

4) Prof. Tarnovski: Die Behandlung der Syphilis mit dem Serum von mercurialisirten Thieren. Die Arbeit ist gemeinsam mit seinem Assistenten Dr. Jakowlew gemacht und bietet nur negative Resultate.

5) Dr. Watraczevski (Warschau): Wann soll man die Hg-Behandlung beginnen, wie lange sie fortsetzen und wann wiederholen? W. wendet sich gegen die Fournier'sche Methode der schablonenhaften Verordnung von Hg die in gewissen Perioden wiederholt wird, wenn auch keine Erscheinungen vorhanden sind, die erste Allgemeinkur ist erst zu beginnen, wenn das Exanthem aufgetreten.

Discussion.

Prof. Jullien und Prof. Schwimmer treten energisch für eine Frühkur ein, d. h. sobald die Sclerose zweifellos diagnosticirt worden, ohne das Exanthem abzuwarten.

Prof. Barthelemy schliesst sich dieser Ansicht an, unternimmt darauf aber die Vertheidigung der Methode seines Lehrers Fournier, die gegenwärtig in folgendem System oder richtiger Schema gipfelt:

Das 1. Jahr — 8 Monate Hg-Behandlung
» 2. » — 6 » » »
» 3. » — 3 » » »

Darauf ein Jahr lang Pause und dann 3 Jahre lang in jedem Jahr 2 Monate Hg. Von Präparaten giebt B. dem Oleum cinereum den Vorzug, das gerade für die chronische Behandlung geeignet sei.

Prof. Caspary (Königsberg), (der leider verhindert war nach Moskau zu kommen, hatte in dieser Frage ein Referat seiner Ansicht eingesandt, welches wir hier nicht wiedergeben, da es gedruckt vertheilt worden ist, gleich allen rechtzeitig eingesandten Schlussfolgerungen, die jedem Mitgliede der Section in einem Couvert überreicht wurden) spricht sich im Allgemeinen gegen die Frühbehandlung aus, doch lässt er sie für schwere Fälle gelten, während er entschieden die Fournier'sche intermittirende, schablonenhafte Behandlungsart verwerfen muss, da sie doch nicht vor Recidiven schützt, andererseits aber die lange fortgesetzte Zufuhr von Hg für den Organismus nicht irrelevant ist.

Prof. Petersen verwies auf die Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Graz, wo dieses Thema ausgiebig besprochen worden und wo auch er sich entschieden gegen die Fournier'sche Schablone ausgesprochen.

IV. Sitzung, den 11./23 August.

1) Demonstrationen aus der Klinik, von Prof. Pospelow,

a) Ein Fall von Pityriasis pilaris rubra: Bei dieser Gelegenheit wies Prof. Kaposi wiederum noch ein Mal darauf hin (wie schon 1889 in Paris), dass die Pityriasis rubra pilaris der französischen Collegen identisch ist, mit dem Lichen ruber acuminatus der Wiener Schule.

b) Ein Fall zur Diagnose. Affection der Unterlippe. Während Einige sie für Syphilis hielten, sprachen die Meisten sich für die Diagnose: Haut- und Schleimhaut-Tuberculose aus, eventuell durch Entzündungserreger complicirt (in letzter Zeit).

c) Ein höchst interessanter Fall von multipeln Hautfibromen, in Folge dessen die eine Nates bis zu den Kniekehlen herabhing; Patientin ist eine Bäuerin des Gouv. Moskau.

d) Ein Fall von Sarcoma cutis idiopathicum in ziemlich frühem Stadium.

2) Prof. Dr. Amicis (Neapel): Ueber Sarcomatosis cutanea. A. weist darauf hin, dass die Kenntnisse über die Hautsarkome noch lange nicht vollständig geklärt sind. A. will vor Allem 2 grosse Gruppen unterschieden wissen; 1) Sarcomatosis cutanea metastatica, wo der ursprüngliche Herd in irgend einem inneren Organ sitzt und 2) Sarcomatosis cutanea primitiva. Bezüglich letzterer sind wiederum 3 verschiedene Formen zu trennen und zwar

a) Sarcoma cutaneum non pigmentatum.
b) Sarcoma cutaneum melanoticum.
c) Sarcoma cutaneum multiplex pigmentatum anthaemorrhagicum.

Die letztere Form, von Kaposi aufgestellt, verdient noch eingehendere Forschung und es ist nach A. nicht unmöglich, dass wir es hier nicht mit einem Sarcom, sondern mit einem Granulom (dann also wohl infectiöser Natur) zu thun haben, dafür spricht die Fähigkeit dieser Hautgeschwulst einer regressiver Metamorphose zu unterliegen und das Hinterbleiben pigmentirter Flecken an Stellen wo die Geschwülste gesessen. Dieses erwähnt schon Kaposi in seinem Buch, spricht jedoch nicht von der infectiösen Natur.

3) Zur Pathogenese der Alopecia areata.

Dr. M. Manassein (St. Petersburg) weist auf die verhältnissmässig grosse Seltenheit dieser Affection hin, namentlich im Vergleich mit Frankreich (Sabourand) und England. M. schlägt vor die bisher übliche Bezeichnung: Alopecia areata Celsi s. Jonstoni fallen zu lassen und durch die Benennungen: Alopecia areata neuritica und Alopecia areata parasitaria zu ersetzen. Ueberhaupt wäre es wünschenswerth dieses Thema auf dem nächsten internationalen Congress zur allseitigen Besprechung aufzustellen. Zum Schluss führt er einige Krankengeschichten an, die den Einfluss des Nervensystems auf die Alopecia deutlich illustriren. Ein Pat. bei dem M. in Petersburg ohne Erfolg alle möglichen Medicamente angewandt, erhielt sein Haupthaar ziemlich schnell und vollständig wieder, nachdem er in seine Heimath zurückgekehrt.

Professor Lassar vertheidigt seinen Standpunkt der parasitären Herkunft der meisten Fälle von Alopecia areata.

Dr. Crocker theilt eine interessante Statistik der von ihm in London beobachteten Fälle mit.

4) Professor O. Petersen. Ueber die Initialsymptome der Lepra. Im Hinblick auf die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose der Lepra (sowohl bezüglich der Therapie als auf der Statistik) hat P. sich eingehend mit dem Studium der Initialsymptome der Lepra beschäftigt und zu diesem Zwecke auch in die officiellen statistischen Karten über die Leprösen eine entsprechende Frage hineingesetzt. Gegenwärtig sind bereits 1200 Meldekarten im Medicinaldepartement eingelaufen, wobei in 475 Fällen von Lepra nodosa die Frage, über die Art und den Körpertheil wo die ersten Symptome aufgetreten, eine Antwort gefunden; daraus ergiebt sich, dass als erste Erscheinung bei 64% sich rothe Flecken (Erythem) namentlich auf dem Gesicht zeigten, in 24% dagegen die Hautaffection mit Knoten begann. Nimmt man jedoch nur diejenigen Fälle, wo die Lepra vor nicht mehr als 2—3 Jahren zur Entwicklung gekommen (159 Fälle), folglich die Pat. sich leichter der ersten Erscheinungen erinnern können, so findet man, dass bei 74% als erstes Allgemeinsymptom rote Flecken auftreten. — Sowohl die Flecken (Erytheme) wie Knoten sind aber nur Symptome, die bereits auf eine allgemeine Infection des Körpers hinweisen, sie sind also für gewöhnlich nicht die Invasionspforten der Infection. An welchen Körperstellen die Leprabacillen eindringen, darüber weiss man noch wenig, doch glaubt P. auf Grund einiger Angaben von Münch, eigner Beobachtung und 8 Fällen der Departements-Statistik die Nasenschleimhaut als diejenige Stelle ansehen zu müssen, wo durch Kratzen die Leprabacillen eingeimpft werden können. Daher empfiehlt P. ganz besonders in allen Fällen beginnender Lepra die Schleimhäute einer besonders eingehenden Untersuchung zu unterziehen, vielleicht wird sich dann das Material häufen.

In der Discussion spricht sich Campona ebenfalls dahin aus, dass die Erytheme bereits Symptome der Allgemeininfection sind und betont gleichfalls die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Lepra.

(Schluss folgt).

Petersen.

Auszug aus den Protokollen des Vereins der Aerzte Nord-Kurlands.

Sitzung am 11. Februar 1896.
(Talsen.)

Herr Meyer (Popen) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Lage des Aerztestandes mit besonderer Rücksicht auf die Aerztekammern in Deutschland». (publicirt in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 48, 1896.)

Herr Sadikoff (Talsen) referirt über einen Vortrag: «Zur Serum-Therapie der Lepra», den Dr. de Luca auf dem II. Congress der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie gehalten. Die Versuche mit dem Serum eines Leprösen, bei welchem seit einem Jahre keine neuen Eruptionen aufgetreten waren und gutes Allgemeinbefinden bestand, scheiterten vollständig.

Sitzungen am 29. u. 30. Juni 1896.
(Goldingen.)

Vortrag des Herrn Herzberg (Goldingen): «Die Ergebnisse der Untersuchungen Ramon y Cayal's auf dem Gebiete der feineren Structur des Centralnervensystems».

Nach einem kurzen Ueberblick über die entwickelungsgeschichtliche Entstehung der Ganglienzelle, ihres Axencylinders und ihrer Protoplasmafortsätze erwähnte Referent, dass durch die Untersuchungen Ramon y Cayal's die Selbstständigkeit der Ganglienzelle im Centralnervensystem, welche mit ihren Fortsätzen, dem Axencylinderfortsatz oder Neurit und den Protoplasmafortsätzen oder Dendriten keinerlei directe Verbindungen mit anderen Fortsätzen einer Ganglien- oder Neurogliazelle eingeht, demonstrirt worden ist, so dass wir seit diesen grundlegenden Untersuchungen zu der neuen Vorstellung gelangen, dass unser Centralnervensystem aus lauter selbstständigen Organismen, aus Individuen gewissermassen, aufgebaut ist. Diesen selbstständigen Complex, den die Ganglienzelle mit ihren Neuriten und ihren Dendriten repräsentire, hat Waldeyer Neuron genannt. Wir hätten uns somit jetzt, wo kein continuirlicher Zusammenhang der Ganglienzellen existire, die Wirkung derselben auf einander resp. die Erregungsleitung durch Contact, etwa wie das Ueberspringen eines electrischen Funkens zu denken. Ein Willensimpuls, der etwa zur Bewegung einer Extremität führen soll, nimmt seinen Weg von einer Ganglienzelle der Grosshirnrinde durch den Axencylinder und dessen Aufsplitterung, das sog. Endbäumchen und müsste von hier auf die Dendriten einer Ganglienzelle im Vorderhorn des Rückenmarks überspringen und durch den Axencylinder dieser Ganglienzelle zum Muskel geleitet werden.

Ebenso zeigte Referent an der Hand von Zeichnungen wie man sich nach der Neuronenlehre einen sensiblen und Reflexvorgang zu denken habe, wobei er erwähnte, dass man bi- etc. multineurone Leitungen unterscheide.

Unseren klinischen Vorstellungen kommt die Neuronenlehre insofern entgegen, als sie uns z. B. ein grösseres Verständniss für die klinisch bekannte Thatsache der Degeneration gewährt. Wenn ein continuirlicher Zusammenhang zwischen Ganglienzellen existirte, so wäre eigentlich eine Abgrenzung des Degenerationsgebietes nach dem Untergang einer Ganglienzelle nicht gegeben, während uns die Lehre von der Einheit und Selbstständigkeit der Ganglienzelle mit ihren Fortsätzen a priori sagt, dass die Degeneration das geschädigte Neuron nicht wird überschreiten können. Bei cerebralen Lähmungen werden wir demnach keine Muskelatrophien sehen, weil die Muskulatur sich nicht im Gebiet des untergegangenen Neurons befindet, weil dies Neuron, d. h. Ganglienzelle der Grosshirnrinde mit ihrem Axelcylinder und dessen Aufsplitterung, dies Individuum schon sein Ende im Rückenmark erreicht. Anders ist es bei Erkrankungen der Vorderhornzellen (Polyomyelitis, amyotroph. Lateralsclerose des Vorderhorns); hier besteht das Neuron aus der Ganglienzelle, dem Nerv und dessen Aufsplitterung, die in die Muskelfibrillen eindringt, hier demonstrirt sich der Untergang des Neurons unserem Auge als Muskelatrophie. — Zugleich mit der Erkenntniss, dass unser Centralorgan aus Neuronen aufgebaut ist, gewann auch die Thatsache, dass der Zellkörper im Neuron die Hauptfunction erfüllt und dass die Existenz der Nervenfasern von der Ganglienzelle abhängig sei, mehr an Geltung. Bei einer Erkrankung der Nervenfasern in ihrer ganzen Ausdehnung liegt demnach die primäre Ursache in der Zelle. An Stelle der seit Charcot üblichen Eintheilung der Rückenmarkskrankheiten nach Fasersystemen müsste eine solche nach Neuronen treten. Die Tabes z. B. dürfte nicht als eine Degeneration der Hinterstränge definirt werden, sondern als eine Erkrankung des sensiblen Neurons resp. der Spinalganglienzelle, als dessen integrirenden Theils (Leyden — Marie).

Nach kurzer Erwähnung der Färbemethode, der die Anatomie diese wesentlichen Fortschritte verdanke, demonstrirte Referent zum Schluss an der Hand einer Zeichnung, wie nach den Untersuchungen Ramon y Cayal's der lange gesuchte Zusammenhang der Retinaelemente zu denken sei, indem in senkrechter Richtung durch die Retinaschicht 3 Neurone, das Sehzellenneuron, die Bipolaren und die Gangliegenzellen zu unterscheiden seien.

Refernt entschuldigt sich, dass er aus äusseren Gründen verhindert gewesen mikroscopische Präparate zu demonstriren, verspricht aber dies in der nächsten Sitzung nachholen zu wollen.

(Autoreferat.)

Vortrag des Herrn Israelson (Sassmacken): «Zur Casuistik der Resection des Ganglion Gasseri bei Trigeminusneuralgie».

Nachdem Vortragender auf die Behandlungsmethoden bei dieser Affection eingegangen, demonstrirt er eine Patientin. die er im October 1894 Herrn Prof. Koch-Dorpat behufs Vornahme der Resection des Ganglion Gasseri überwiesen hatte. Prof. Koch resecirte am 22. Nov. den 2. und 3. Ast des Quintus an der Schädelbasis. Glatte Heilung. Vorzüglicher Erfolg.

In Folge später aufgetretener unerträglicher Schmerzen besonders im Gebiete des 1. Astes machte dann Prof. Koch ein Jahr später die Resection des Ganglion Gasseri nach der Methode Prof. Krauses-Altona. Heilung per primam. Seitdem ist Patientin dauernd völlig schmerzfrei.

Vortragender demonstrirt der Versammlung die Ausfallserscheinungen, welche gegenwärtig, 8 Monate post operat. vorliegen. Es werden hierbei die Veränderungen der Schmerzempfindung, des Orts- und Localisationssinnes, der Thränensecretion, der Geschmacks- und Geruchsempfindung und schliesslich die Störungen auf dem motorischen Gebiete berücksichtigt.

Herr Kupffer (Goldingen) demonstrirt ein Röntgenphotogramm. Der Fall betrifft einen zur Uebung einberufenen Reservisten, der durch das Photogramm der Commission den Beweis dafür erbrachte, dass eine vor mehreren Jahren zwischen Fibula und Achilles-Sehne eingedrungene Kugel bis dato nicht entfernt worden war. Die Palpation ergab kein Resultat, während auf dem Photogramm die Kugel, welche mit der kleineren Hälfte aus der hinteren Fläche der unteren Tibiaepiphyse hervorragt, überaus deutlich sichtbar ist.

Die Herren Kupffer und Herzberg demonstriren einen typischen Fall von Paralysis agitans.

S. Fritschul, 51 a. n., Jude, Vater mehrerer gesunder Kinder. Der Vater starb 34 a. n. an Lungenschwindsucht, die Mutter soll an derselben Krankheit wie Patient gelitten haben. Sie starb im 72. Lebensjahre. In den letzten Jahren vor ihrem Tode hatte das Zittern nachgelassen. Patient war bis zur Erkrankung Bündelkrämer und lebte stets in ärmlichen Verhältnissen. Bis vor 3 Jahren, wo die Krankheit begann, war er stets gesund. Das Leiden begann, ohne dass ein Grund dafür angegeben werden könnte, mit Zittern der linken Hand, einige Monate später waren die rechte Hand, bald darauf die unteren Extremitäten afficirt. — Status praesens: Patient ist von mittlerer, schwächlicher Statur, sieht zusammengefallen aus. Appetit und Stuhlgang gut, Blasenfunction normal. Zuweilen Magenschmerz, der 8 Jahre vor der Erkrankung sehr stark war. Heftig zitternde Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten. Die Zitterbewegungen können durch Willenseinfluss nicht nur nicht abgeschwächt werden, sondern steigern sich bei derartigen Bemühungen, wohl in Folge der psychischen Erregung, hören jedoch im Schlafen auf. Die Excursionen werden zeitweise so gross, dass der Stuhl, auf dem Patient sitzt, oder das Bett, auf dem er liegt, in Mitschwingungen gerathen. Er kann sich weder selbst auskleiden, noch im Bett umdrehen, auch nicht den Löffel etc. selbst zum Munde führen. Während des Schlafes muss er öfters umgedreht werden, wodurch ersterer sehr gestört wird. Dazu kommen Angstgefühl und Hallucinationen. Die Hände werden in Schreibestellung gehalten, Daumen und Zeigefinger haben rollende Bewegungen, die Arme im Ellbogengelenk etwas flectirt. Die Beine beim Stehen in den Knien gebeugt, einander genähert, so dass sie beim Gehen aneinader streichen. Die Füsse werden nicht gehoben, sondern am Boden hingeschleift. Ein plötzliches Aendern der Gangesrichtung ist unmöglich, und macht das Gehen den Eindruck des Unbeholfenen und Unsicheren. Der Kopf, vornübergebeugt, lässt sich nicht zurückdrängen. Ebenso zeigt die Gesammtkörperhaltung Neigung nach vornüber. Der Gesichtsausdruck starr, doch nicht in dem Grade, dass er maskenartig wäre. Zunge und Lippen betheiligen sich an dem Zittern. Die Sprache ist langsamer

geworden, jedoch deutlich geblieben; Speichelfunction normal. Die Muskelkraft hat abgenommen, Muskelatrophie, besonders des Daumenballens. (Opponens, Adductor etc.) Pupillenreaction, Sehnenreflexe, electrische Erregbarkeit normal. Differentialdiagnostisch sind Tremor mercurialis, saturninus und alcoholicus auszuschliessen, ebenso disseminirte Herdsclerose und Athetosis.

Therapeutisch ist so ziemlich alles gegen dieses Leiden Empfohlene ohne jeglichen Erfolg versucht worden. Auch Hyoscin intern hat nichts gefruchtet.

Eulenburg empfiehlt faradische, resp. galvanische monopolare Kathodenbäder. In der neusten Auflage der Realencyclopädie sagt er hierüber Folgendes: «Bei Paralysis agitans sind die Erfolge (scil. obig genannter Bäder) sehr ungleich, häufig jedoch geradezu frappirend und angesichts der Unzulänglichkeit aller sonstigen therapeutischen Massnahmen bei dieser traurigen Krankheit stehe ich nicht an, electrische Bäder in Verbindung mit Hyoscininjectionen oder mit Atropin-Ergotin innerlich für die zweckmässigste und relativ wirksamste Behandlungsweise der Paralysis agitans zu erklären». — In vorliegendem Falle haben electrische Bäder aus äusseren Gründen nicht versucht werden können.

Herr Wagner (Zabeln) referirt über einen tötlich verlaufenen Fall von Asphyxie eines Neugeborenen. Spontaner Durchschnitt des Kopfes, Nabelschnurumschlingung, Steckenbleiben der Schultern in Folge Sistirens der Wehen. Sehr mühsame Lösung der über der Symphyse eingehakten Schulter, Zeitdauer 6—7 Minuten. Schwer asphyktisches Kind. Bäder. Schultze'sche Schwingungen. Nach ca. neunstündigen Bemühungen spontane Athemzüge, die sich alle 3 Minuten wiederholen (doppeltes In-, einfaches Exspirium.) Herztöne 60—70 in der Minute. Schutz vor Abkühlung durch Wärmflaschen. Alle 20 Minuten eine Schwingung. Bei Nachlassen der Pulsfrequenz und Irregularität der Herztöne method. Compress. der Herzgegend; dieser Zustand hält ca 8 Stunden an, worauf sich schliesslich regelmässige, jedoch stöhnende Athmung einstellt, das Kind sich zu regen beginnt und die Augen öffnet. Farbe bläulich-roth. Nach weiteren 13 Stunden Exitus.

Ob in diesem Falle durch vorzeitige Athembewegungen fremde Massen (Schleim, Blut, Meconium) in die tieferen Luftwege aspirirt worden, ob Hirndruck vorlag, wofür die verlangsamte und irreguläre Herzaction, wogegen aber der leichte Durchtritt des Kopfes spricht, lässt sich mangels einer Section nicht erweisen. Verletzungen während der Wiederbelebungsversuche glaubt Vortragender ausschliessen zu können. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Anomalie des Circulationsapparates.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Sept. d. J. 7303 (126 mehr als in d. Vorw.), darunter 644 Typhus — (33 mehr), 838 Syphilis — (9 mehr), 67 Scharlach — (58 wen.), 159 Diphtherie — (15 mehr), 27 Masern — (4 wen.) und 14 Pockenkranke — (2 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. August bis 6. September 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
303	245	548	108	38	100	24	14	22	43	42	46	35	45	20	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 19, Diphtherie 44, Croup 4, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 5, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 9. Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 77, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. September 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. September 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Schwester Elise Tennison, Невскій, просп. д. 138, кв. 3.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 13 Сентября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, (2. October) 20. September 1897

Aus dem Kaiserlichen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna.

Rhino- und laryngologische Bemerkungen.

Von

Prof. W. N Nikitin.

Im Verlauf des Lehrjahres 1896/97 habe ich sowohl in der Ambulanz des Kaiserlichen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna als auch bei mir zu Hause Gelegenheit gehabt eine grosse Zahl von Kranken mit Kehlkopf-, Rachen- und Nasenleiden zu beobachten (c. 2000 neue Kranke, über 6000 Visiten). Unter ihnen befanden sich einige, die ich zur Operation in meine klinische Abtheilung des Institus aufnahm.

Unter allen diesen Fällen boten mehrere klinisches Interesse, sodass mir ihre Veröffentlichung nicht überflüssig erscheint; darunter waren einige Fälle von Nasen-Rachenpolypen, von Tuberculose der Nasenhöhle und der Nasenknochen, Fälle von combinirtem Empyem der Nebenhöhlen der Nase, von multiplem Kehlkopfpapillom, von vasomotorischem Schnupfen und Ozäna.

Die Nasen-Rachenpolypen wurden am häufigsten bei Individuen beobachtet, die noch nicht die Geschlechtsreife erlangt hatten, im 12—14 Lebensjahre standen und nur 2 Fälle betrafen junge Leute von 24 und 26 Jahren.

Nach dem histologischen Bau gehörten die Geschwülste in meinen Fällen zu den Myxofibromen, nur einmal fand sich ein reines Fibrom. Neigung zu Blutungen war nur einmal deutlich ausgesprochen, sonst klagten die Kranken über näselnde Sprache, mehr oder weniger vollständige Undurchgängigkeit der Nase und zuweilen über nächtliche Stickanfälle. Die Geschwülste sassen gewöhnlich an einem dünnen Stiel und kamen entweder aus einer Choane oder von der Schädelbasis, zuweilen aber sassen sie breitbasig auf der pars basilaris des Hinterhauptbeins und verlegten fast vollständig die eine oder andere Choane und die entsprechende Tubenöffnung. In einem Fall war die Geschwulst so gross, dass sie sich zwischen Gaumen und Zunge vorwölbte und das Schlucken, die Sprache und die Athmung erschwerte. Gewöhnlich abe konnte man die Geschwulst nur rhinoscopisch und durch Palpation constatiren. Meist wurden zugleich mit dem Nasen-Rachenpolypen auch Schleimpolypen in der einen oder der andern Nasenhälfte beobachtet und häufig veranlassten gerade diese die Kranken sich an den Arzt zu wenden, während sie von der Existenz des Nasen-Rachenpolypen keine Ahnung hatten.

Gewöhnlich erstreckte sich das Leiden über viele Jahre, ohne von den Kranken oder ihrer Umgebung ernstlich beachtet zu werden. Die Behandlung war eine operative.

Sehr grosse, breitbasig aufsitzende weiche Nasen-Rachenpolypen (Myxofibrome) entfernte ich direct mit dem Messer. Der weiche Gaumen wird mit dem M. Schmidt'schen Gaumenhaken vorgezogen, die Geschwulst mit einer Muzeux'schen Zange gefasst (während der Kranke selbst oder ein Assistent die Zunge mit dem Spatel nach unten drückt) und mit dem Scalpell möglichst nahe der Basis abgeschnitten. Die Wunde blutet gewöhnlich fast gar nicht und der Stumpf schrumpft schnell. Der Nasenrachenraum wird darnach mittelst einer Spritze mit kaltem Wasser oder 4% Borsäurelösung durchgespült. Zuweilen bleibt trotz totaler Entfernung der Geschwulst die Undurchgängigkeit der einen oder andern Nasenhälfte bestehen; das hängt gewöhnlich von dem gleichzeitigen Vorhandensein von Schleimpolypen ab, die von dem hinteren Theil des mittleren Nasenganges ausgehen. Solche Polypen entfernte ich mit dem Lange'schen Haken, wenn sie mit der kalten Schlinge nicht gefasst werden konnten. Die Nachbehandlung besteht in Spülungen des Nasenrachenraumes mit 5% Borsäurelösung.

Wenn die Fingeruntersuchung ergab, dass der Polyp dünn gestielt ist, entfernte ich ihn, indem ich ihn nahe an der Basis mit der Heryng'schen Zange fasste und abriss. Die Blutung war ebenfalls gering und stand bald nach kalten Spülungen.

In einem Fall (Krankengeschichte Nr. 1) war der Polyp klein, sass breitbasig auf und blutete leicht. Die

totale Entfernung drohte mit grösserem Blutverlust und deshalb begnügte ich mich mit der partiellen Entfernung des Tumors mit der Heryng'schen Zange; die weitere Schrumpfung der Geschwulst wurde durch wiederholtes Brennen mit einem flachen Galvanokauter erreicht.

Zur Illustration führe ich einige Krankengeschichten an.

Fall 1. P. M., 24 J. a., trat am 23. Dec. 1896 in das Institut. Pat. leidet seit Kindheit am Schnupfen, besonders im Winter. Die Nase ist meist verlegt, aber im Winter, beim starken Frost wird die Nasenathmung möglich, doch treten dabei Schmerzen ein. Seit 1894 ist die Nase immer verlegt und der Geruchsinn ist geschwunden. 1895 häufige starke Kopfschmerzen. Den August 1895 verbrachte Pat. in der Krim, wo er nach längeren Spaziergängen in der Hitze Nasen- und Rachenblutungen hatte. Die Blutungen hörten nach einigen Tagen, schon nach der Ankunft in Petersburg auf, wiederholten sich aber in geringem Grade auch später, im Verlauf eines Monats. Prof. Tschudnowski fand damals die Lungen gesund. Im Decb. 1895 wurde die Entfernung der Geschwulst versucht, misslang aber und rief nur starke Schmerzen in den Ohren hervor. Im März 1896 versuchte man mit Elektrolyse zu behandeln, doch führten die Manipulationen nur zu starkem und schwer zu stillendem Nasenbluten. Zugleich traten in Paroxysmen starke Schmerzen in der Gegend der Nase, der Zähne und des weichen Gaumens auf. Diese Schmerzen hörten nach c. 2 Wochen auf und kehrten bis zum Dec. 1896 nicht mehr wieder. Im November 1896 erkrankte Pat. an starkem Schnupfen mit Schläfenschmerzen und Thränenfluss. Zu geistiger Arbeit war er unfähig. So ging es fort bis zum 10. Dec. 1896. Am Abend dieses trat nach anhaltendem Zeichnen bei einer zufälligen Kopfbewegung heftiger Schmerz im Hinterkopf auf, der sich auch auf den ganzen Mund und die Zähne erstreckte. Dazu Erbrechen und sehr heftiges Nasenbluten, das nur mit Mühe zu stillen war. Die Schmerzen hielten bis 7 Uhr Morgens an, bis Pat. einschlief. Am nächsten Tage wieder Nasenbluten, aber ohne Kopfschmerzen. Seitdem litt Pat. wiederholt an Nasenbluten, zuweilen floss das Blut aus dem Munde, dabei waren zuweilen Kopfschmerzen vorhanden, zuweilen nicht. Solche Blutungen hatten sich im Laufe des ganzen Jahres 1896 wiederholt, besonders bei anhaltender Beschäftigung und beim Gehen. Gegenwärtig klagt Pat. über Undurchgängigkeit der Nase, besonders links, zeitweise Schmerzen in den Ohren und im Kopf, Neigung zu Blutungen aus dem linken Nasenloch. Bei der Untersuchung von vorne ist ausser leichter Schwellung der Nasenmuscheln und Blutgerinnseln in der linken Nasenhälfte nichts Abnormes zu bemerken. — Bei der hinteren Rhinoscopie sieht man eine taubeneigrosse, blassrosa gefärbte Geschwulst, die aus der linken Choane kommt und sich in den Nasenrachenraum vorwölbt. Bei der Palpation zeigt sich, dass die Geschwulst aus zwei Theilen besteht, einem harten, höckerigen und einem weicheren. Die Geschwulst sitzt mit einer breiten Basis fest der Nachbarschaft auf, ist nicht druckempfindlich und geht offenbar von der pars basilaris des Keilbeins aus. Im Rachen und Kehlkopf ausser Blässe der Schleimhaut nichts Abnormes. Die andern Organe normal. Appetit gut, Neigung zu Verstopfung.

Beim Eintritt ins Institut wurde Phenacetin mit Aconit gegen die Kopfschmerzen verordnet und, bei Nasenblutung, Tamponade der Nase mit 5% Antipyrinlösung. Dadurch besserte sich der Zustand des Kranken so, dass ich am 2. Jan. 1897 unter Chloroform die partielle Entfernung des Tumors mit dem Messer vornehmen konnte. Nach der Operation starkes Nasenbluten und Schmerzen in beiden Ohren. Gegen das Nasenbluten wurde Tamponade mittels der Bellocque'schen Sonde, gegen die Ohrenschmerzen Einträufeln von Cocainlösung angewandt. Der Tampon wurde nach 24 Stunden gewechselt, und durch einen neuen ersetzt, weil das Nasenbluten sich wiederholte; nach weiteren 24 Stunden Entfernung des Tampons. Der Zustand des Kranken besserte sich stetig, die Kopfschmerzen und Ohrenschmerzen hörten auf. Nach 10 Tagen konnte rhinoscopirt werden, wobei sich fast die Hälfte der Geschwulst entfernt erwies. Schon Ende Januar wurde die Nase deutlich durchgängiger für Luft constatirt und sie verlegte sich nur bei Spaziergängen im Freien. Am 3. Feb. brannte ich die Geschwulst mit dem flachen Thermocauter; die Cauterisation wurde in wöchentlichen Zwischenräumen 2 Mal wiederholt, wonach die Geschwulst sich soweit verkleinerte' dass die Nase völlig durchgängig wurde und der Kranke gesund entlassen wurde. — Bei der mikroscopischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als Fibrom.

Fall 2. A. L., 14 J. a., trat am 24. IX. 1896 in das klinische Institut. Seit c. einem Jahr wurde die Nase zuerst zeitweilig, dann beständig verlegt und zugleich bekam die Stimme einen näselnden Klang. Im Juni 1896 constatirte ein Arzt einen Nasen-Rachenpolypen. In der letzten Zeit wuchs der Polyp; am Tage ist das Athmen leichter, in der Nacht erwacht Pat. sogar wegen Athemnoth. Sonst ist er gesund. Die Lungen, das Herz, die Verdauungsorgane unverändert.

Die Stimme von sehr nasalem Klang. Die Nasenmuscheln leicht geschwellt und geröthet. Nasenathmung unmöglich. Bei der Besichtigung des Rachens wölbt sich unter dem weichen Gaumen eine weissröthliche Geschwulst von der Grösse eines kleinen Eies vor. Die Geschwulst sitzt breitbasig auf und geht von der pars basilaris aus. Sie ist nicht druckempfindlich und blutet. Geringe Röthe im Rachen. Die von Prof. N. W. Petrow ausgeführte Untersuchung eines Stückes der Geschwulst zeigt, dass dieselbe ein gutartiges Myxofibrom darstellt.

Am 25. Oct. wird die Geschwulst mit dem Messer an ihrer Basis abgetragen. Der Rest schrumpfte vollständig. Es blutete fast garnicht. Die Nasenathmung wurde sofort leicht. Am 26. Sept. war das Athmen durch das rechte Nasenloch etwas erschwert. Bei der hinteren Rhinoscopie sah man in der rechten Choane einen grossen Schleimpolypen, den ich mit dem Lange'schen Haken entfernte. Nach Ausspülung der Nase mit Borsäurelösung reinigte sich die Nasenhöhle vollkommen, die Nasenathmung stellte sich vollkommen wieder her und Pat. wurde am 29. September gesund entlassen.

Fall 3. W. S., 26 J. a., trat am 4. Mai 1897 in das klinische Institut. Vor 4 Jahren bemerkte Pat. eine zeitweilige, später beständige Undurchgängigkeit des rechten Nasenloches. Es wurden einigemal Schleimpolypen entfernt; die ersten Male war die Operation erfolglos, vor 3 Jahren aber wurde die Nase nach Entfernung zahlreicher Schleimpolypen auf ein Jahr durchgängig. Dann wurde die Nase wieder, besonders rechts, verlegt; allmählich ging auch das linke Nasenloch zu und besonders Nachts konnte er durch die Nase gar nicht athmen. Es sonderte sich viel zähen dicken Schleimes ab. Der Geruchsinn ging verloren. Im rechten Ohr trat Sausen gleichzeitig mit der Verlegung der Nase auf, im linken Ohr vor 3 Monaten. Im Uebrigen gesund.

In der rechten Nasenhöhle Schleimpolypen, die linke frei, nur sind die Muscheln geschwellt. Im Nasenracnenraum ein aus der rechten Choane kommender, dünn gestielter Polyp von Walnussgrösse der nicht druckempfindlich ist und beide Choanen verlegt. Im Rachen und Kehlkopf keine Veränderung. Otitis media catarrhalis chronica bilateralis. Der Polyp wird mit der Heryng'schen Zange entfernt. Geringe Blutung. Die Schleimpolypen der rechten Nasenhöhle werden mit der kalten Schlinge entfernt. Die Durchgängigkeit der Nase stellte sich wieder her. Der Ohrenkatarrh wird noch behandelt. — Der Nasen-Rachenpolyp war ein Myxofibrom —

Fall 4. Tuberculosis nasi. Frl. N., 17 J. a., Hereditär belastet. Als Kind scrophulös. Seit dem September 1895 begann sie an Schnupfen zu leiden, der sich in vermehrter Secretion und Verlegung bald einer, bald der andern Nasenseite äusserte. Im Novbr. 1895 schwollen die Nasenknochen auf der rechten Seite an, es traten Röthe und äussere Schmerzen auf. Im Innern der Nase keine Schmerzen, aber das Gefühl von Trockenheit, später machte sich sowohl der Kranken selbst als auch der Umgebung übler Geruch aus der Nase bemerkbar. Die Stimme wurde nasal und die submaxillaren Drüsen schwollen an. Dieser Zustand dauerte bis zum Januar 1896, als die Röthe und Schwellung der Nase unter dem Einflusse der Behandlung schwanden; der Schnupfen aber blieb. Seit dem Frühjahr 1896 stellte sich häufiges Nasenbluten ein. Der üble Geruch schwand zuweilen, — zuweilen erschien er wieder; dasselbe gilt von der Schwellung und Röthung der Nase. Die Undurchgängigkeit rechts wurde zum Herbst beständig, links trat sie nur zeitweilig auf. Bei starkem Schnäuzen entleerten sich Borken, oft blutig gefärbt. Die Köpertemperatur war meist normal, erhöhte sich nur bei Verschlimmerungen des Processes um einige Zehntel. In diesem Zustand wandte sich Patientin im Novbr. 1896 an mich. Bei der Untersuchung waren die Nasenknochen rechts und auf dem Nasenrücken von aussen geschwellt und druckempfindlich; Röthe war nicht vorhanden. Die rechte Nasenhälfte für Luft nicht durchgängig. Die Schleimhaut in der rechten Nasenhöhle verdickt, auf der mittleren Muschel und in der Rima olfactoria fühlt man mit der Sonde Unebenheiten. Nach wiederholten Spülungen und Aufweichen der Borken konnte man bei der vorderen Rhinoscopie oberflächliche Geschwüre, die besonders die Rima olfactoria einnehmen, constatiren. Die Sondenuntersuchung der Innenfläche der Nasenknochen und des Septum rechts ergab eine circumscripte Entblössung der Knochen; das Sondiren bewirkte leichte Blutung. Links war die Schleimhaut um die mittlere Muschel auch verdickt. Zeitweise Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte, kein übler Geruch. Von Seiten der Lungen und der übrigen Organe keine Veränderungen, sodass der Fall als primäre Tuberculose der Nasenknochen erscheint. Die genannten Veränderungen, in Verbindung mit der hereditären Belastung, veranlassten mich eine tuberculöse Erkrankung der Nasenknochen anzunehmen, obgleich das eine sehr seltene Erkrankung ist.

Eine Verwechselung war nur mit Syphilis oder Lupus möglich. Aber die Syphilis befällt vorwiegend den knöchernen Theil des Septum und zerstört ihn schnell und beim Lupus finden sich immer entsprechende Veränderungen auf der Haut des Gesichts und der Nase, was in diesem Fall nicht zutraf.

Daher schlug ich. in Anbetracht der Erfolglosigkeit der bisherigen localen Therapie vor, unter Chloroform eine gründliche Auskratzung der erkrankten Nasenschleimhaut mit dem scharfen Löffel mit nachfolgender Einreibung von 60% Milchsäurelösung vorzunehmen. Die Operation bewirkte eine starke Nasenblutung, sodass die Nase mittels der Bellocque'schen Röhre tamponirt werden musste. Der Tampon wurde nach 24 Stunden entfernt, darnach die Nase mit 4% Borsäurelösung gespült und Jodoform eingestreut, dazwischen Tamponade mit Jodoformmarly. Die Operation hatte eine Temperaturs'eigerung von nicht über 38,5° C. in den ersten Tagen zur Folge. Nach dem Abfall der T° wurde nach Cocainisirung (mit 20% Lösung) mit Milchsäure 6 Mal mit 2—3-tägigen Pausen, je nach der Reaction, gepinselt. 3 Wochen nach der Operation hatte sich die Durchgängigkeit der Nase wieder hergestellt, die Schwellung trat nicht wieder auf. Bei der Sondenuntersuchung liess sich an Stelle der früheren Rauhigkeit eine allmählich glatter werdende Fläche fühlen.

5 Wochen nach der Operation trat anfangs zeitweilige, dann beständige Verlegung der linken Nasenhälfte auf, mit Schmerzen und Schwellung der linksseitigen Nasenknochen. Obgleich die Sondenuntersuchung keinen entblössten Knochen ergab, beschloss ich doch auch auf dieser Seite unter Cocainanästhesie die Schleimhaut auszukratzen und wiederholt mit Milchsäure zu pinseln. Die Operation brachte schnelle Erleichterung. Die Durchgängigkeit der Nase stellte sich nach 10 Tagen wieder her und verlor sich in der Folge nur hin und wieder für kurze Zeit. Die Kranke blieb noch 2 Monate in meiner Beobachtung und reiste dann in die Provinz, sich gesund fühlend. In der letzten Zeit wurde die Kranke nur mit Spülungen mit einer Lösung von Natr. tetraboricum behandelt.

Bei der mikroscopischen Untersuchung der gehärteten ausgekratzten Massen gelang es mir in ihnen Riesenzellen und Koch'sche Bacillen zu finden. Meine Diagnose bestätigte sich also.

Fall 5. Hysteria. Rhinitis vasomotoria. Die Kranke K., 47 J. a., stammt aus einer Neuropathenfamilie. Schon seit 2 Jahren muss die Kranke Nachts sehr früh das Bett verlassen, weil sie mit dem Gefühl erwacht, weder durch den Mund noch durch die Nase athmen zu können. Die Kehle ist wie zugeschnürt, die Nase hermetisch geschlossen, sie bekommt nicht genug Luft, der Hals wird ganz trocken. Wenn die Kranke das Bett verlässt und im Zimmer auf und ab geht, vergehen diese Erscheinungen allmählich, treten aber wieder auf, wenn sie sich zu Bett legt. Bisweilen verschwinden diese Sensationen für einige Zeit, dafür treten sie ein anderesmal auch ohne sichtbare Ursache schon Abends ein, sodass sie nur 2—3 Stunden schlafen kann. Am Tage ist die Nase für Luft durchgängig. Im Uebrigen hält Pat. sich für gesund, abgesehen von Neigung zu Obstipation. Menses regelmässig. An nervösen Anfällen hat sie nie gelitten. Die Secretion aus der Nase ist eher vermindert und verstärkt sich während der Anfälle nicht; Geruchsinn normal. Bei der rhinoscopischen Untersuchung sieht man eine unbedeutende Schwellung der Schleimhaut der mittleren Muschel links, rechts im mittleren Nasengang kleine polypöse Wucherungen, die die Nasenathmung aber nicht behindern. Da dergleichen Wucherungen zuweilen der Ausdruck eines Empyems der Siebbeinhöhlen sind, hielt ich es für nöthig sowohl die Wucherungen zu entfernen als auch die vorderen Enden der mittleren Muschel abzukneifen, um etwa verhaltenem Secret freien Abfluss zu verschaffen. Die Operation wurde nach Cocainisirung mit dem Hartmann'schen Conchotom gemacht. Sie gelang leicht, rief aber eine bedeutende Blutung hervor. Nach Angabe der Pat. nahm die Durchgängigkeit der Nase nach einigen Tagen bedeutend zu und die Intensität der Anfälle verminderte sich merklich. 2 Wochen nach der Operation konnte ich weder rhinoscopisch noch mit der Sonde irgend welche Wucherungen in der Nase wahrnehmen, obgleich die Verlegung der Nase Nachts die Kranke zu beunruhigen fortfuhr. Die weitere Behandlung bestand in Nasenspülungen mit 4% Borsäurelösung und im Bestreichen der Nasenschleimhaut mit Mentholsalbe während des Verlegtseins. Innerlich Pillen mit Camphora monobrom., Chloralhydrat und Castor Canad., ausserdem systematischer Gebrauch von Abführmitteln. — Alle diese Mittel hatten nur vorübergehenden Erfolg und Pat. kehrte in die Provinz zurück. Aus den letzten Briefen, die ich von der Pat. bekommen habe, geht hervor, dass der Aufenthalt am Südufer der Krim zusammen mit der genannten Behandlung ihren Zustand bedeutend gebessert hat, sodass der Schlaf allmählich wiederkehrt. — Ich bezog diesen Fall auf eine vasomotorische Neurose, weil ich, besonders nach der Operation, in der Nase keine Veränderungen finden konnte, welche die Entstehung der Anfälle hätten erklären können. Bekanntlich begleitet die Verstopfung der Nase Nachts zuweilen einen acuten Schnupfen. Kranke, die den Tag über ihr Leiden ohne Beschwerden ertragen, werden Nachts von Schlaflosigkeit geplagt. Bei Rücken- oder Seitenlage sammelt sich das Blut, der Schwere folgend, in den Schwellkörpern in den hinteren oder abhängigen Theilen der Muscheln (Kohlrausch), verlegt die Nase und der Pat. erwacht wegen der Unmöglichkeit durch den Mund zu athmen mit dem Gefühl der Athemnoth. Bei meiner Kranken existirte kein Schnupfen, die erschwerte Mund- und Nasenathmung aber wiederholte sich bei jedem Versuch, liegend einzuschlafen, unabhängig von der Körperstellung.

Fall 6. Combinirtes Empyem der Nebenhöhlen der Nase. Herr E., 56 J. a. leidet seit 10 Jahren an der Unmöglichkeit durch die Nase zu athmen, besonders durch das rechte Nasenloch. Die linke Nasenhälfte ist zuweilen für Luft durchgängig. Ausserdem klagt er über das Gefühl von Druck und Schwere in der Stirn und an der Nasenwurzel und über Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung wegen schnell eintretender Kopfschmerzen. Auch klagt er über reichliche Secretion eiteriger, oft übelriechender Flüssigkeit aus beiden Nasenlöchern. Die Eitersecretion ist so reichlich, dass sie den Kranken hindert, sich über den Tisch gebeugt zu beschäftigen. Als Ursache seines Leidens beschuldigt er Nasenspülungen mit kaltem Wasser, die er im Beginn zur Bekämpfung eines beginnenden Schnupfens angewandt hatte. Er hat sich nie systematisch, nur mit Unterbrechungen behandeln lassen. In letzter Zeit belästigt ihn sein Leiden so, dass er in seinen Dienstpflichten behindert ist. Die Untersuchung ergab eine bedeutende Schwellung des mittleren Nasenganges und in der Rima olfactoria wurden bei wiederholter Untersuchung Eitertropfen gefunden, was auf ein combinirtes doppelseitiges Empyem der Highmorshöhle und wahrscheinlich der Siebbeinhöhlen hinwies. Eine Probespülung durch die natürlichen Oeffnungen bewies die Existenz eines doppelseitigen Empyems der Highmorshöhle, die Sondenuntersuchung wies einen cariösen Process in den vorderen Siebbeinzellen ebenfalls auf beiden Seiten nach. Die Durchbohrung der Alveole des 2. Backenzahnes mit nachfolgender Spülung der Kieferhöhlen mit warmer 4% Borsäurelösung erleichterte die subjectiven Beschwerden des Kranken sofort. Die Eitersecretion dauerte fort, aber schwächer als früher. Die Spülungen wurden täglich von mir und dem Kranken selbst im Verlauf von 4 Monaten fortgesetzt und führten zu völligem Schwinden des Eiters. Zur Behandlung der Siebbeinhöhle kniff ich mit dem Hartmann'schen Conchotom die vorderen Enden der mittleren Muscheln ab und machte in ziemlich grossen Pausen Ausschabungen mit dem Grünwaldt'schen Löffelchen mit nachfolgender Nasenspülung und Dermatoleinblasung, da Pat. Jodoform nicht vertrug. Unter dem Einfluss dieser Behandlung genas Pat. — Ein Empyem der Stirnhöhlen konnte in diesem Fall ausgeschlossen werden. Sondirung und Durchleuchtung gaben ein negatives Resultat.

In anderen Fällen beobachtete ich die Combination von Empyem der Highmorshöhle mit Stirnhöhlenempyem. Mir ist besonders ein Fall im Gedächtniss geblieben, wo nach Ausheilung eines Empyems der linken Highmorshöhle die Eiterung aus der linken Nasenhälfte fortdauerte und ein Eitertropfen immer unter der mittleren Muschel zu finden war. Zugleich klagte der Kranke über Schmerz in der linken Supraorbitalgegend, der sich bei jeder geistigen Anstrengung verstärkte. Aeusserer Druck in dieser Gegend war nicht empfindlich, obgleich einige Autoren auf dieses Symptom besonderes Gewicht legen. Die Durchleuchtung zeigte eine Verdunkelung der Stirnhöhle und beim Sondiren der Höhle mit meiner Sonde floss etwas Eiter ab, die Schmerzen liessen aber nicht nach; eine Spülung gelang wegen der Schmerzen bei Einführung des Instrumentes nicht. Darauf wurde die Stirnhöhle trepanirt, gereinigt und drainirt. Der Kranke genas.

Ueberhaupt combinirt sich das Empyem der Highmorshöhle öfter mit einem Empyem der Siebbeinhöhle und diesem Umstand muss man es zuschreiben, wie Moritz Weil[1]) richtig bemerkt und wie ich es bestätigen kann,

Fall 7. Empyem der Siebbeinhöhlen. Herr P., 38 J. a., leidet c. 8 Jahre an erschwerter Nasenathmung, die sich zuweilen bis zu völligem Verschluss der Nase steigert. Zu-

[1]) Moritz Weil, Wiener med. Wochenschrift. 1897 Nr. 16—20, dass viele Fälle von Naseneiterung, die mit einem Empyem der Highmorshöhle beginnen, so schwer heilen.

gleich klagt er über ein Gefühl von Druck und Schwere in der Nasenwurzel und Stirn; die Beschwerden steigern sich bei geistiger Anstrengung, was ihn in seinem Beruf sehr stört. Am quälendsten für den Pat. sind aber profuse Nasenblutungen, die bei jeder Aufregung, geistigen Anstrengung und Ermüdung auftreten. Die Blutungen sind in letzter Zeit so stark und so häufig geworden, dass der Pat. stark anämisch und schwach geworden ist. Sonst ist die Secretion aus der Nase unbedeutend. In diesem Zustand sah ich den Kranken. Bei der Untersuchung der Nase fand ich eine Verdickung der mittleren Muscheln, Polypen in den mittleren Nasengängen beiderseits, besonders links und Eitertropfen im mittleren Nasengang und zwischen der mittleren Muschel und dem Septum. Druck von aussen auf die Nasenknochen ist nicht empfindlich. Die zuweilen übelriechende eiterige Secretion aus der Nase trat gegenüber den Blutungen so zurück, dass der Kranke sie erst zugab, als ich seine Aufmerksamkeit darauf richtete.

Durch allgemein roborirende Behandlung und innerliche Anwendung von blutstillenden Mitteln gelang es, ganz ohne Localbehandlung die Häufigkeit und Stärke der Nasenblutungen bedeutend zu verringern. Darauf entfernte ich mit der kalten Schlinge alle sichtbaren Polypen, kniff mit dem Conchotom die vorderen Enden der mittleren Muscheln ab und schabte wiederholt, natürlich in gewissen Pausen, die Siebbeinhöhlen aus. Bei dieser Behandlung schwanden die subjectiven Beschwerden gänzlich, die Nasenblutungen hörten auf und die linke Nasenhälfte wurde ganz durchgängig; rechts dagegen verlegte sich die Nase noch zuweilen und die Eitersecretion hörte nicht ganz auf. Uebrigens halte ich die Behandlung dieses Falles noch nicht für abgeschlossen. Pat. spült die Nase fortdauernd mit warmer Borsäurelösung.

Nasenblutungen habe ich wiederholt als Begleiterscheinung einer Affection der Siebbeinhöhlen beobachtet, obgleich ich diese Erscheinung eher von individuellen Eigenthümlichkeiten der Kranken als direct von dem Siebbeinhöhlenempyem abhängig machen möchte. Letzteres unterhält aber die Neigung zu Nasenblutungen in Folge leichter Vulnerabilität der entzündeten Gewebe. Wenigstens in meinen Fällen hörten die Nasenblutungen zugleich mit dem Höhlenempyem auf.

Fall 8. Papilloma laryngis. Frau L., 21 J. a., trat am 9. Oct. 1896 in die Klinik. Pat. bemerkte zuerst vor 3 Jahren Heiserkeit, die Stimme schwand aber nicht ganz. Im Nov. 1895 fand ein Arzt ein Papillom des Kehlkopfes, nach dessen Entfernung die Stimme rein wurde. Aber schon im April 1896 wurde die Stimme wieder heiser und es wurde eine neugebildete Geschwulst entfernt und darnach der Kehlkopf mit dem Galvanocauter gebrannt. Nach dem Brennen schwand die Stimme ganz und kehrte nicht wieder. Zur Aphonie gesellte sich allmählich erschwertes Athmen, besonders nach Bewegungen. In diesem Zustand wandte sich die Kranke an mich. Bei der Untersuchung erwies sich der ganze Kehlkopf mit warzenähnlichen Wucherungen gefüllt, so dass man die Stimmbänder nicht unterscheiden konnte. Die Stimmritze ist verengt, öffnet sich aber etwas bei der Inspiration. Ein Stück der Geschwulst erwies sich bei der mikroscopischen Untersuchung als Papillom. Mit der Jurasz'schen Pincette entfernte ich in mehreren Sitzungen die Geschwulst vollständig, so dass die Stimmbänder vollständig von Wucherungen befreit wurden; sie blieben aber verdickt und schlossen sich bei der Phonation nicht, vielmehr blieb zwischen ihnen ein grosser eliptischer Spalt. In Folge dessen blieb die Stimme, trotz wiederholter Lapispinselungen und Faradisation der Kehlkopfmuskeln tonlos. Da diese Therapie im Verlauf von 6 Wochen erfolglos blieb, beschloss ich die Kranke der Laryngotomie zu unterziehen und die Stimmbänder mit dem Galvanocauter zu brennen. Die Operation wurde von Prof. Tiling ausgeführt. Nach Eröffnung des Kehlkopfes erwiesen sich die Stimmbänder stark verdickt, aber ganz frei von Neubildungen. Pat. blieb nach der Operation noch einen Monat in der Klinik. Die Stimmbänder schrumpften merklich, die Aphonie blieb aber bestehen, obgleich hin und wieder die Stimme in verschiedenen Noten hörbar wurde. Erst 4 Monate nach der Operation kam die Stimme vollständig wieder, allerdings mit ziemlich rauhem Timbre.

Zwei analoge Fälle werde ich nicht genauer beschreiben; es handelte sich um multiple Papillome. In dem einen Fall entfernte ich die Neubildung im Verlauf von 2 Jahren zweimal und obgleich die Operation beide Mal vollkommen gelang, stellte sich die Stimme mit der ersten Operation ganz wieder her, blieb nach der zweiten Operation aber tonlos. Wie im Fall 8 waren die Stimmbänder stark verdickt und schlossen sich nicht bei der Phonation. In dem anderen Fall, in dem die Geschwulst 5 Jahre bestanden hatte, blieb die Stimme nach der Operation aphonisch, trotz Behandlung mit Lapispinselungen Alauneinblasungen und Faradisation.

Bekanntlich entwickelt sich häufig nach Entfernung von Kehlkopfneubildungen in Folge von Shok Stimmlosigkeit, die aber nach 3—6 Tagen gewöhnlich vergeht. In meinen Fällen war die Stimmlosigkeit dauernd und erklärte sich, nach meiner Meinung durch anatomische Veränderungen der Stimmbänder. Wahrscheinlich war die lange Dauer der Papillome das reizende Moment, das die Structur der Stimmbänder so veränderte, dass sie auch nach Entfernung der Geschwülste unfähig blieben normal zu functioniren. Um ihr Volumen zu vermindern war ein so energischer Eingriff wie die Galvanocauterisation ihrer Länge nach, nach Laryngotomie, nothwendig. Deshalb ist es bei multiplen Papillomen überhaupt und besonders bei solchen von jahrelanger Dauer, am besten direct zur Laryngotomie zu schreiten ohne mit endolaryngealen Eingriffen Zeit zu verlieren. Diese Regel ist umso wichtiger, da, wie es jetzt bekannt ist, Stückchen der Papillome während der Exstirpation über das ganze Innere des Kehlkopfs ausgesät werden und Anlass zu erneuten Geschwulstbildungen geben.

Fall 9. Frl. D., 23 J. a., leidet seit Kindheit an Ozaena. Rhinoscopisch wurde Atrophie der Nasenschleimhaut gefunden. In den hinteren Partien der Nasenhöhle eine Ansammlung von trockenen übelriechenden Borken. Trockene Pharyngitis. Anosmie. Häufige Kopfschmerzen. Im Uebrigen fühlt sie sich recht gut. In Anbetracht der Erfolglosigkeit der bisherigen langen Behandlung schlug ich der Pat. vor, subcutane Einspritzungen von Antidiphtherieserum zu versuchen, da diese Behandlungsmethode Belfanti und de la Vedova[2]) und Sammy Lautmann[3]) gute Resultate gegeben hat und weil es jetzt erwiesen ist, dass in der Pathogenese dieser Krankheit der Bacillus mucosus und pseudo-diphtheriticus eine wichtige Rolle spielt. Zur Einspritzung benutzte ich ein Antitoxin, das im Institut für Experimentalmedicin bereitet war (1 Glas = 1000 J. E.). Die Einspritzungen machte ich unter antiseptischen Cautelen in die Rückengegend, zu 10 ccm. Antitoxin jedesmal. Ausser Brennen an der Stelle der Einspritzung traten keine Nebenerscheinungen auf. Das Brennen hielt zuweilen einige Stunden an, ohne die Kranke sehr zu belästigen. Ich machte wöchentlich 2 Einspritzungen und schon nach dem 10. Mal war eine deutliche subjective und objective Besserung zu constatiren. Das Gefühl der Trockenheit in der Nase, die Borkenbildung und besonders der üble Geruch aus der Nase wurden fast unmerklich, und nach der 16. Injection konnten weder ich noch die Umgebung der Kranken, die darauf besonders aufmerksam gemacht worden war, irgend einen Geruch wahrnehmen. Das Aussehen der Nasenschleimhaut besserte sich; sie wurde feuchter (freilich wurde einmal täglich gespült), die Borken stiessen sich leicht ab und waren sehr klein. Nach 20 Injectionen brach ich die Behandlung ab. Nach einem Monat sah ich die Kranke wieder. Es ging ihr dauernd gut, besonders war der üble Geruch geschwunden.

Einen analogen Fall von Ozaena bei dem 20-jährigen Frl. B. beobachte ich noch gegenwärtig und behandle ihn auch mit Antitoxin. Das Resultat verspricht auch gut zu werden.

Wenn die weitere Beobachtung die Wirksamkeit der Antitoxinbehandlung der Ozaena erweist, so wird die Therapie mit einem vorzüglichen Mittel bereichert im Kampf mit einer lange Zeit für unheilbar angesehenen Krankheit.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handatlas der Anatomie des Menschen, mit Unterstützung von Prof. Wilhelm His bearbeitet von Prof. Werner Spaltenholz. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. — I. Band, 2. Abtheilung und II. Band, 1. Abtheilung 1896.

Die erste Abtheilung dieses künstlerisch schönen Atlas haben wir in dieser Wochenschrift 1896, Nr. 27 angezeigt. — Der erste Band ist mit der 2. Abtheilung, den Schluss der Gelenk- und Bänderlehre enthaltend, beendet. — Vom II. Band ist uns bisher die 1. Abtheilung zugegangen. Sie enthält die Muskeln. Man sieht es den wundervollen Abbildungen an, dass sie nach der Natur angefertigt sind, und

[2]) Archive ital. di otol. 1896. fac. 2.
[3]) L'ozène atrophiant. Thèse de Paris. 1897.

zwar nach ganz vorzüglichen Präparaten. Nichts ist schematisirt, aber auch nichts verschwommen und unklar. Die Farbentöne sind so gehalten, dass sie der Natur sehr nahe kommen. Der kurze begleitende Text hat die neue Baseler Nomenclatur zur Grundlage. Wir wünschen dem Atlas weiteste Verbreitung, damit Verfasser und Verleger auch materiell für ihre offenbar sehr grossen pecuniären Opfer reichlich entschädigt werden. W.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. III. Auflage. X. Band. Wien u. Leipzig, Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1896.

Dieser Band (Hasenscharte — Hundseck) ist besonders reich an hervorragenden grossen Artikeln, die z. Th. den Charakter von Monographien haben. Genannt seien hier «Hasenscharte» (J. Wolff), «Heereskrankheiten» (Villaret), der sehr interessante Artikel «Heilung» (Samuel), «Hernie» (Englisch), bei dem nur das Literaturverzeichniss zu dürftig ausgefallen ist. «Herz», «Herzklappenfehler», «Herzmuskelerkrankungen» (Rosenbach). — Der Band bildet eine würdige Fortsetzung des grossen Werkes. W.

Archiv für Balneotherapie und Hydrotherapie. Herausgegeben von Dr. F. Müller unter Mitwirkung einer grossen Anzahl von Badeärzten. Halle a. S. Verl. v. C. Marhold.

Uns liegt das erste Heft dieses neuen periodisch erscheinenden Journals vor, in welchem E. Vollmar in Kreuznach die balneologische Behandlung der Lues bespricht.

In Uebereinstimmung mit Neisser kommt Verf. zu dem übrigens nicht mehr neuen Schluss, dass der Werth der Badekuren auf dem durch die Bäder veranlassten gesteigerten Stoffumsatz im ganzen Organismus beruht. Es werden die toxischen Stoffe der Syphilis energischer aus dem Körper ausgeschieden und ebenso auch die Passage des in den Organismus eingeführten Quecksilbers beschleunigt; daher werden in Combination mit Bädern grössere Mengen Hg vertragen und die Symptome der Hg Vergiftung, Stomatitis etc., wenn einmal hervorgerufen, schwinden rascher.

Eine energische Quecksilberbehandlung in Soolbädern ist daher die vorzüglichste Methode zur Behandlung der Syphilis, namentlich im secundären Stadium. D—o.

XII. internationaler medicinischer Congress.

Section für innere Medicin.

Chauffart (Paris): Die klinischen Formen der Lebercirrhose.

Jedes Agens, welches die Leberzelle reizt, kann je nach der Intensität und der Dauer des Reizes entweder eine Degeneration der Leberzellen oder eine Cirrhose bewirken. Letztere kann durch schwache, aber langdauernde Reize entstehen. Das beweisen Versuche mit Alkohol, Toxinen und ebenso die Befunde bei Tuberculose und Lues. Die Lebercirrhose stellt eine Art Selbstschutz des Organs vor, ein Mittel die Leberzelle zu schützen. Aber dieselbe nimmt auch Antheil an dem Processe, es kommt zu einer compensatorischen Hypertrophie der Zelle und zwar entsprechend der Art der Cirrhose.

In manchen Fällen führt diese compensatorische Zellhypertrophie bald zu einer Insufficienz, wie z. B. bei der atrophischen Cirrhose; in andern Fällen kann sie jahrelang bestehen wie bei der Hanot'schen hypertrophischen Cirrhose. Sie kann sogar zu einer Heilung im klinischen Sinne führen. Das aetiologisch wichtigste Moment für die klinische Entwickelung der Lebercirrhose kommt daher weder den Nieren-, Herz-, Lungenaffectionen, noch dem Ascites etc., noch den consecutiven Infectionen von Seiten der Blut- oder Gallengefässen zu, sondern vielmehr der Reaction von Seiten der Leberzellen, ihrem anatomischen und ihrem Functionsvermögen.

Gilbert (Paris) verliest über dasselbe Thema einen längeren Vortrag.

Er unterscheidet eine einfache und eine complicirte Lebercirrhose. Bei letzterer trifft man neben der Sclerose und eventuell Atrophie oder Hypertrophie der Leberzelle noch verschiedene Arten von Degeneration derselben. — Die erstere kann eine toxische oder eine infectiöse sein. Zu den toxischen u. A. gehört auch die Alkoholcirrhose. Sie kann eine atrophische (Laennec'sche), oder eine hypertrophische (Hanot und Gilbert) Cirrhose sein. Bei ersterer atrophiren, bei letzterer hypertrophiren die Parenchymzellen; bei ersterer treten alsbald die Zeichen der functionellen Insufficienz der Leber auf, bei letzterer kann sie ruhig weiterfunctioniren. Die Prognose der ersteren ist bedeutend schlechter.

Zu den infectiösen Cirrhosen gehören u. A. die Malaria-, Luetischen und Tuberculose-Cirrhosen. Bei den complicirten Cirrhosen kommt es vor allen Dingen neben der Atrophie oder Hypertrophie der Parenchymzellen zu einer fettigen oder amyloiden Degeneration, zur Necrobiose, zur Pigmentdegeneration, zur Hyperplasie oder zu adenoiden Veränderungen. Kommen mehrere aetiologische Factoren gleichzeitig zur Geltung, so können die Veränderungen noch mannigfacher sein.

Widal (Paris): Zur Serodiagnostik des Abdominaltyphus.

Vortragender bespricht die Angaben, welche andere Autoren über die von ihm zuerst angewandte Methode gemacht haben und beweist, dass das bereits in grossem Umfange vorliegende Material zur Genüge darthue, dass seine anfangs ausgedrückten Behauptungen richtig seien und dass diese Reaction das wichtigste Kennzeichen zur Erkennung der Krankheit ist.

H. Loeventhal (Moskau): Serodiagnose, Prognose und Therapie der Febris recurrens.

Résumé.

I. Serodiagnose der Febris recurrens während der Apyrexie.

Das Grundprincip dieses Verfahrens beruht auf der Einwirkung von specifisch — bactericiden Körpern im apyretischen Blute von Recurrens Kranken während einer jeden Apyrexie auf lebende Spirillen (Gabritschewsky).

Dieses Verfahren ist 30 Mal mit positivem Erfolg geprüft worden, was durch den weiteren Verlauf erhärtet, und 9 Mal mit negativem Ausfall, wo andere acute Infections-Krankheiten vorlagen. An 14 anderen Patienten ist ihr Blut nach eingetretener Defervescenz auf die Specificität untersucht worden.

Schlussfolgerungen.

1) Bei Patienten, die das Haus nach ausserhalb desselben überstandener Krankheit betreten, führt dieses Verfahren in 1—2 Stunden bei Anwendung des Thermostats zu einer exacten entscheidenden Diagnose.

2) Desgleichen bei abortiven Anfällen, resp. Paroxysmi levissimi, wo man nur nach langem Suchen wenige Spirillen findet, oder den Zeitpunkt nach ihnen zu fahnden, verpasst.

3) Inoculirt man den Kranken während der Apyrexie Antispirillenserum, so kommt es in fast der Hälfte der Fälle zu keinem Relaps.

4) Der Spitalaufenthalt wird für diejenigen Fälle, welche irrthümlich auf Grund eines schwach ausgesprochenen klinischen Bildes den Rückfallsfieberkranken zugezählt worden sind dank dieser Diagnose ein kürzeres.

II. Seroprognose.

Die Methode ist dieselbe wie bei der Diagnosenstellung; sie giebt genaue Anhaltspunkte für eine sichere Vorhersage: eine Reactionsdauer von einer Stunde vom siebenten Tage der ersten Apyrexie ab berechtigt nach den bisher von mir angestellten Beobachtungen (58 Mal) zum Schluss, dass es zu keinem Relaps kommen werde.

III. Serotherapie.

Von 84 Pat., denen man Serum während der ersten Apyrexie injicirte, kam es bei 45 = 53,57% zu Relapsen, wogegen 39 = 46,43% eine Febris recurrens sine recursu blieben. Unter 152 andern Pat., die zur selben Zeit auf der Recurrensstation nicht specifisch behandelt wurden, schloss die Krankheit mit nur einem Anfall in 25 Fällen = 16,45% ab.

In den Debatten über dieses Thema nehmen Theil: Metschnikoff (Paris) mit Hinweis auf die Untersuchungen von Bardach (Odessa) und auf seine eigenen, und Gabritschewsky (St. Petersburg).

Rewidzoff (Moskau): Zur Technik der Gastroscopie.

Vortragender schlägt folgende Modification der Gastroscopie vor, welche bezweckt die peinliche und zuweilen nicht gefahrlose unmittelbare Einführung eines starren Metallrohres nach Rosenheim zu ersetzen.

Das Verfahren gestaltet sich, wie folgt: Zunächst wird eine englische Magensonde eingeführt von gleicher Construction, wie das äussere Metallrohr des Rosenheim'schen Gastroscops.

Diese Hartgummisonde wird dem Patienten ohne jegliche Schwierigkeit in sitzender Lage eingeführt.

Nachdem dieses geschehen, werden die zwei anderen, concentrisch angeordneten, Tuben des Ros. Gastroscops und zwar bei herabhängendem Kopf durch die Gummisonde eingeführt, was gewöhnlich ganz glatt von statten geht.

Moritz (St. Petersburg) berichtet über einen Fall von einseitiger Bradycardie.

Der Fall ist in der Nr. 32 dieser Wochenschrift veröffentlicht.

Charrin (Paris): Ueber die Entstehungsursachen der Chlorose.

Die Chlorose ist vornehmlich eine Erkrankung des weiblichen Geschlechts. Man hat sich daher veranlasst gesehen das Causalmoment in dem Utero-ovarialgebiet zu suchen. Handelt es sich um Infection oder Intoxication? Vieles scheint für letztere zu sprechen. So z. B. ergiebt ein Blutserum, welches unter aseptischen Cautelen, dem collum uteri vor und nach der Menstruation entnommen ist, insofern Differenzen, als das erstere eine etwas höhere Toxicität besitzt als das

letztere. Dieser Versuch beweist, dass bei den Chlorotischen die Blutreinigung sich in einer mangelhaften Weise vollzieht. Was die Chlorotischen mit reichlicher Menstruation betrifft, so ist nicht zu vergessen, dass Qualität und Quantität zwei verschiedene Dinge sind. Andererseits giebt es Fälle, wo die Menstruationen zwar fehlen, aber wo es nicht zu einer Chlorose kommt. Dagegen lässt sich erwidern, dass nicht immer dieselben Ursachen denselben Effect haben. — Von gewissen Chlorosen wenigstens kann man annehmen, dass wenn der Uterus und die Ovarien in ihren excretorischen und eliminatorischen Functionen gestört sind, eine Art von Autointoxication ihre Ursache ist.

Gilbert (Paris) erklärt sich als Anhänger der hämatischen Theorie der Chlorose und betrachtet dieselbe als eine primäre Anämie, welche dadurch characterisirt ist, dass die Hämatoblasten sich nur schwer in rothe Blutkörperchen verwandeln können und dass erstere sich im Blute in vermehrtem Masse ansammeln. Die Ursachen dieser gestörten Blutbildung scheinen hereditärer Art zu sein. Die Häufigkeit der Chlorose in tuberculösen Geschlechtern ist bekannt. Es scheint zwischen beiden Krankheiten eine Affinität zu bestehen. In geringerem Grade kommen auch die Hysterie, die Rachitis und andere Erkrankungen in Betracht. Wenn man also die Chlorose als einen Ausdruck der Degeneration betrachtet, so kann es nicht Wunder nehmen, dass man bei ihr häufig Entwickelungsfehler aller Art antrifft, wie Atrophie des Herzens, der grossen Gefässe, der Nieren, der Geschlechtsorgane. Sie kommt eben auch vornehmlich bei dem schwächeren weiblichen Geschlechte vor und zwar in den Pubertätsjahren, wo die Bildung der rothen Blutkörperchen am stärksten vor sich gehen müsste. Als Anlass, nicht aber als Ursache, können dann manche psychische Affecte mitspielen.

Golubinin (Moskau): Die Chlorose ist eine selbstständige Erkrankung. Man darf die Symptome nicht für die Ursache halten. Die Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus, des Nervensystems, des Herzens und der Genitalien sind nebensächliche. Die Chlorose wird bedingt durch eine verminderte Thätigkeit der blutbildenden Organe. Sie kann unter dem Einflusse der verschiedensten den Organismus schwächenden Momente entstehen, aber eine conditio sine qua non ist eine angeborene oder eine erworbene Unzulänglichkeit der blutbildenden Organe. Die Blutbildung ist oft gerade in der Zeit der Entwickelung des Organismus geschwächt, besonders bei den hereditär Belasteten. Frauen sind deshalb häufiger betroffen, weil das Blut, als ein Gewebe, bei ihnen schwächer ist als beim Manne. (Die Zahl der rothen Blutzellen, die Menge des Hömoglobins und das specif. Gewicht sind geringer). Das sind also die primären Ursachen. Die secundären treten dann in ihr Recht, wenn der Verdauungstractus, das Genital- oder Nervensystem sich ebenfalls in einem unzulänglichen Zustande befinden. Sie erkranken daher zuweilen zuerst und dann tritt erst die Chlorose hinzu. Die Untersuchungen G.'s stammen aus der Klinik von Prof. Ostroumoff. — In der sich daranschliessenden Discussion spricht sich

Sansom (London) dahin aus, dass die von Virchow zuerst beobachtete unentwickelte und enge Aorta ein wichtiges Moment in der Aetiologie der Chlorose ausmache, und dass er selbst gefunden hat, dass erstere ihrerseits wieder von einer Enge der arteria pulmonalis abhänge. Es sei daher eine die Entwickelung des Brustkorbes anstrebende allgemeine Therapie (Gymnastik etc.) einzuschlagen und dieselbe durch Eisen und Arsen zu unterstützen.

Ewald (Berlin): Der Magenchemismus ist bei Chlorotischen nicht in charakteristischer Weise verändert; es kommen die verschiedensten Secretionsstörungen und normales Verhalten vor. Eine Gastroptose (Meinert) ist nur in c. einem Drittel der Fälle vorhanden. Sie ist wohl eher ein Folgezustand der Chlorose.

Gerhardt II (Strassburg): Was die Mitralstenose anlangt, welche bei der Chlorose häufig angetroffen wird, so ist sie wahrscheinlich nicht angeboren, sondern die Folge eines vorangegangenen, schleichenden, nicht genügend beobachteten Gelenkrheumatismus. Dafür sprechen deutliche Schrumpfungsprocesse an der Klappe: es ist eine frühzeitig erworbene Stenose.

De Dominicis (Neapel) hat durch directe Transfusion heterogenen Blutes (vom Hunde) bei Chlorose therapeutische Erfolge erzielt, welche an Intensität und Dauer allen übrigen Heilmethoden weit überlegen sind, so dass er zur Ueberzeugung gelangt ist, dass der directen Transfusion heterogenen Blutes, wenn sie lege artis ausgeführt wird, ein Ehrenplatz in der Therapie der Chlorose sowohl, als der anderen essentiellen Anaemien zukommen wird.

Dock (Ann Arbar, Michigan): Zur Morphologie des leukämischen Blutes, weist auf gewisse auffallende Verschiedenheiten in der Composition der Leukocyten in verschiedenen Fällen von chronischer Leukämie hin, hauptsächlich in Beziehung auf die kleinzelligen Veränderungen. Er hebt die Aehnlichkeit der sogen. kleinen Lymphocyten mit denen im normalen Blute hervor. Diese stammen vom pathologischen lymphoiden Gewebe, besonders im Knochenmark. Ferner betont er das Vorhandensein von Degenerationsformen der Lymphocyten und die Wichtigkeit derselben in dem Stadium der Leukämie.

Dehio (Jurjew): Ueber Myofibrosis cordis. Vortrag. bringt weitere Beiträge zu seinen Mittheilungen auf dem Congress für innere Medicin in München 1895 (photograph. Abbildungen). Die Vermehrung des kernarmen. sclerotischen Bindegewebes nicht nur zwischen den Muskelbündeln, sondern auch zwischen den einzelnen Muskelfasern findet sich am Greisenherz, ferner auch bei jungen Individuen mit krankhaft verändertem Herzen. oft ganz diffus ausgebreitet, ferner auch bei Hypertrophien nach Schrumpfniere und bei idiopathischen Herzvergrösserungen. Endlich auch bei Emphysematikern. Sie ist am stärksten in den Vorhöfen, weil diese dem erhöhten intracardialen Blutdruck am wenigsten Widerstand leisten können. Die fibröse Entartung des Herzmuskels ist der anatomische Ausdruck der chronischen Herzschwäche.

Rosenheim (Berlin): Ueber nervöse Dyspepsie. Die nervöse Dyspepsie ist eine Sensibilitätsneurose, bei welcher die Beschwerden der Kranken an die Verdauungsthätigkeit des Magens gebunden sind. Die motorische und secretorische Function des Magens können bei nervöser Dyspepsie Abweichungen von der Norm zeigen. — Die nervöse Dyspepsie ist keine allzuhäufige Erkrankung. So hat Vortr. 50 Individuen genau und wiederholt häufig untersucht, bei denen Magenbeschwerden bestanden. In 27 Fällen handelte, es sich um keine nervöse Magenaffection sondern um andere, meist entzündliche Erkrankungen des Organs, event. um motorische Insufficienz. In der Minderzahl der Fälle, bei denen die Magenstörungen unzweifelhaft nervöser Natur waren, bestand doch nur 11 Mal der Symptomencomplex der nervösen Dyspepsie. — Letztere besteht meist neben sonstigen nervösen Symptomen. Eine symptomatische Behandlung der Magenbeschwerden kann zwar von grossem Nutzen sein, aber die Hauptsache bleibt doch die auf den Allgemeinzustand gerichtete Therapie. In der Discussion über dieses Thema betont Ewald dass aus einer scheinbaren Dyspepsie sich später oft maligne Tumoren entwickeln.

Ewald (Berlin): Chirurgische Erfahrungen bei Magenkrankheiten.

Die Chancen der Operation haben sich ständig gebessert, indessen bestehen noch viele Differenzen in den Resultaten, wie sie von Internisten und Chirurgen veröffentlicht worden sind. Vortragender hat in den letzten 2½ Jahren 29 Fälle von Gastroenterostomie, 17 Fälle von Resection, eventuell mit Gastroenterostomie und 22 Fälle von Gastrostomie beobachtet. Zumeist handelte es sich um carcinomatöse Neubildungen, 3 mal um gutartige Pylorusstenosen. Bis auf 3 Fälle war der unmittelbare operative Erfolg tadellos. Es ergiebt sich nun folgende Statistik des dauernden Erfolges: 26 Gastroenterostomien mit 16 = 55,5% Todesfällen, 13 Resectionen mit 9, d. h. mit 69,2% Todesfällen und 22 Gastrostomien mit 12, d. h. 54,5% Todesfällen. Dieses Ergebniss ist ungünstiger als die von Chirurgen, namentlich aus der Mikulicz'schen Klinik veröffentlichten Resultate. Aber der Chirurg betrachtet die glücklich überstandene Operation oft als Heilung. Auch die Grenzen in der Indicationsstellung für eine Operation, die sehr schwankend sind, bedingen Unterschiede, z. B. der Ausschluss scheinbar ungünstiger Fälle, der die Statistik verbessert. Die hauptsächlichste Ursache der Misserfolge muss aber doch in Umständen liegen, welche ausserhalb des chirurgischen Könnens liegen. Durch die Natur der vorliegenden Verhältnisse werden oft unüberwindliche Schranken gezogen. Für die Chancen der Operation sind folgende Momente von Bedeutung: 1) Sitz und Verbreitung des Tumors am Magen selbst. 2) Die Ausbreitung der carcinomatösen Neubildung auf die Nachbarorgane. 3) Die allgemeine Kachexie und die dadurch bedingte mangelnde Resorptions- und Ernährungsfähigkeit nach der Operation. Vor Eröffnung der Bauchhöhle kann man ein zutreffendes Bild von der Lage der Verhältnisse niemals erhalten. Die sogenannte Frühdiagnose des Carcinoms durch die chemische Magensaftuntersuchung hat dies nicht erleichtert. Die Milchsäurebildung tritt meist später auf als der palpable Tumor.

Auch ohne dieses Symptom lässt sich die Diagnose nur vermuthungsweise stellen. Wir operiren heute in Wirklichkeit nur deshalb früher, weil man sich früher zu einer Operation entschliesst. Die Frühoperation ist wesentlich von der frühzeitigen Erkenntniss eines Tumors abhängig. Die Gastrostomie ist nicht mehr als eine Art Euthanasie. Man soll deshalb Kranke mit Speiseröhren — resp. Cardiacarcinom solange als irgendmöglich per os oder per rectum ernähren und erst dann zur Operation rathen, wenn das Körpergewicht unaufhaltsam abnimmt. Auch die für die Operation scheinbar günstig liegenden Fälle von Magencarcinom geben eine zweifelhafte Prognose. Der Rath zur Operation soll deshalb stets nur sehr zurückhaltend gegeben werden. Die Aussichten

auf eine radicale Heilung sind kaum 25%. Die Möglichkeit eines palliativen Erfolges ist in höchstens 50% der Fälle vorhanden. Dennoch soll man geeignet erscheinende Fälle, so früh als möglich zur Operation bringen. (Nach einem Referat von Albu).

Thayer (Baltimore) hat in einem Falle von acuter Endocarditis gonorrhoica die Gonococcen im Blut nachgewiesen, ein Befund der bisher niemals gelungen war. Es folgt eine mikroscopische Demonstration.

In der Discussion weist Michaelis (Berlin) darauf hin, dass die Befunde von Thayer geeignet sind eine weitere Bestätigung der von v. Leyden und Michaelis 1893 (Deutsche Medic. Woch. Nr. 38) gemachten Beobachtungen zu geben.

Wir sehen uns genöthigt an dieser Stelle mit unseren Berichten über die Arbeiten der inneren Section auf dem XII. internationalen medicinischen Congress abzubrechen. Es würde uns zu weit führen, wollten wir noch über eine grosse Reihe zum Theil sehr interessanter Vorträge referiren, welche von den Herren Levaschoff, Mossé, Obraszoff, Jarotzki, Daland, Bendersky, Frangulen, Apostoli, Sansom, Duckworth, Friedländer, Carmono y Valle, Crocq. Kabanoff, Queirolo, Celli, Sacharoff, Marchiafava, Gautier, Baumholtz, Maysels, Ponfick, 'Etienne, Posner und vielen Anderen gehalten worden sind.

Der s. Z. zu erwartende allgemeine und officielle Congressbericht allein wird im Stande sein dem, der es wünscht und braucht, die stattliche Reihe von Mittheilungen in ihrer originalen Verfassung zu bieten und das zu ergänzen, was in kurzen Referaten nur zusammengedrängt oder überhaupt nicht erwähnt werden konnte. — Wir beschliessen daher unsere Betrachtungen in der Ueberzeugung, dass der Moskauer, in so mancher Beziehung bisher unübertroffene Congress, neben seiner grossen Bedeutung für unser Land und trotz einiger weniger missbilligender und missgönnender Aeusserungen, eine Reihe von bedeutenden und die Wissenschaft fördernden Arbeiten gezeitigt hat. Sie finden wird ein Jeder, der nach ihnen sucht, aber auch nur ein solcher, der selbst mit der Schwierigkeit der wissenschaftlichen Forschung vertraut ist.

K—r.

Auszug aus den Protokollen des Vereins der Aerzte Nord-Kurlands.

Sitzungen vom 7. u. 8. December 1896. (Talsen.)

Vortrag des Herrn Grabe (Goldingen): «Einiges über Milchuntersuchungen und die event. Schädlichkeit des Genusses roher Milch».

Nachdem Referent seinen Vortrag mit kurzen Angaben der physikalischen und chemischen Eigenschaften der Vollmilch eingeleitet, dann mehrere der Prüfung der Milch dienende Apparate auf deren Werth als solche kritisch beleuchtet hatte, ferner den Mangel von Verordnungen in Russland über den öffentlichen Vertrieb der Milch als besonderen Missstand hervorgehoben hatte, während die Wichtigkeit derselben in allen civilisirten Staaten in Anbetracht dessen, dass die Milch eines der wichtigsten Nahrungsmittel ist, bereits seit mehreren Jahren anerkannt und auf Grund eingehender Erlasse streng gehandhabt wird, — geht er auf die Gefahren über, die der Genuss der rohen Kuhmilch nach sich zu ziehen vermag, indem er, wie folgt, fortfährt:

Das Ziel, auf das die meisten Verfälschungen der Milch ausgehen, ist die Gewinnung des Rahmes unter möglichst gleichzeitiger hoher Verwerthung der Milch selbst. Es liegt also auf der Hand, dass die Controlle sich die quantitative, directe Bestimmung des Fettgehaltes zur Aufgabe stellt.

Eine durchaus zuverlässige und genaue, diesem Zwecke dienende Methode, ist die nach Soxhlet; sie verlangt aber einen complicirten, kostspieligen Apparat, und stellt sich durch den starken Aetherverbrauch sehr theuer. Volle Befriedigung hinsichtlich des geringen Kostenaufwandes für Materialien, die der Untersuchung zu dienen haben, für die verhältnissmässig kurze Zeit, die die ganze Untersuchung in Anspruch nimmt, für die, bis auf 1/10% genauen Angaben und auch in Bezug auf das geringe Milchquantum, das zur Untersuchung erforderlich ist, ist die Abscheidung des Milchfettes durch die Hugershoff'sche Excelsior-Centrifuge nach der Dr. Gerber'schen Methode. Sie gestattet nicht nur die Untersuchung der Vollmilch, der Magermilch, der sog. gekästen Milch, aller Sorten Käse, kurz aller Milchprodukte auf ihren Fettgehalt, sondern auch die Absonderung der, in der Milch eventuell enthaltenen Tuberkelbacillen. Zur Veranschaulichung ihrer Genauigkeit führe ich folgendes Beispiel an: Angenommen, man hätte in einer Milch 3,60% Fett gefunden, und vermische von dieser Milch 10 Cubic. Centimeter von 15% C. mit 350 ccm. gleich warmen Wassers. Diese ausserordentlich verdünnte Milch, mit der Centrifuge untersucht, ergiebt einen Fettgehalt von 0,10%. Ich gehe noch weiter, und füge zu 10 ccm. derart verdünnter Milch einen gleichen Theil Wasser hinzu. Das Resultat ist die genaue Angabe von 0,05% Fett. — Mehr zu leisten scheint unmöglich und ist auch nicht nöthig. Bei meinen vielfachen Milchuntersuchungen habe ich mich seit Anschaffung dieser Centrifuge stets dieser Methode bedient, und auch durch vergleichende Versuche mit dem, oben bereits angeführten Soxhlet-Apparat von der Genauigkeit und Zuverlässigkeit derselben überzeugt. Die Ergebnisse beider Methoden stimmten bis auf die dritte Decimalstelle genau überein.

In den Verordnungen über den Verkehr mit frischer Milch für Berlin wird das Hauptaugenmerk dem ökonomischen Theil zugewandt, während die hygienische Frage nur soviel Berücksichtigung findet, als es daselbst heisst: Gefässe zum Transport und zur Aufbewahrung der Milch aus Kupfer, Zink, Eisen mit bleihaltiger Glasur, Thongefässe mit schadhafter Glasur sind verboten. Ferner heisst es daselbst: die für den Verkehr bestimmte Milch darf nur in Räumen aufbewahrt werden, welche stets sorgfältig gelüftet und reingehalten werden, auch nicht als Schlaf- oder Krankenzimmer benutzt werden, oder mit solchen in unmittelbarer, nicht mindestens durch eine verschliessbare Thür getrennter Verbindung stehen. Auch dürfen Personen, welche an ansteckenden Krankheiten leiden, oder mit derartig Erkrankten in Berührung kommen, sich in keiner Weise mit dem Vertriebe der Milch beschäftigen. Die neue Verordnung verbietet auch den Verkauf angesäuerter, sowie mit Conservirungsmitteln irgend welcher Art versetzter Milch.

Zieht man in Betracht, dass die Milch in Folge der recht allgemein verbreiteten Abneigung gegen gekochte Milch, zum grossen Theile in rohem Zustande genossen wird, — dass dieselbe mehr als jeder andere, der zur Nahrung dienenden Stoffe geeignet ist, Infectionsstoffe aufzunehmen, — dass sie, von perlsüchtigen Kühen stammend, Tuberkelbacillen enthält, — so darf das geringe Mass, mit dem die hygienische Frage in den Erlassen Berücksichtigung gefunden hat, mit Recht als ein grosser Mangel aufgefasst werden. Trotz der grossen Verbreitung der Tuberkulose (nach Koch's Angaben soll durchschnittlich der 7. Mensch tuberkulös sein) finden zur Zeit sämmtliche empfohlenen Vorsichtsmassregeln, um einer Weiterverbreitung derselben vorzubeugen, noch wenig Beachtung.

Wäre diese unheilvolle, nur in den seltensten Fällen und unter den günstigsten Bedingungen heilbare Krankheit erblich, was sie nachgewiesenermassen, weder bei Menschen noch bei Thieren ist, so würde wohl kaum ein Mensch frei von derselben sein. Eine Infection findet nur durch directe Uebertragung des Ansteckungsstoffes statt. Bei dem engen Zusammenleben unter der ärmeren Klasse, der Unsauberkeit, die so häufig mit der äusseren Noth Hand in Hand geht, lässt sich eine Ansteckung durch die Auswurfstoffe wohl erklären. — in Verhältnissen aber, die mit der Wohlhabenheit die Sauberkeit nicht vermissen lassen, darf wohl mit Recht angenommen werden, dass die Infection auch noch in anderen Gründen zu suchen ist. Zunächst sind es wohl die Nahrungsmittel, und unter diesen vorzugsweise die Milch und alle aus derselben hergestellten Produkte, die den Quell zur Ansteckung bilden.

1) Auf Veranlassung der landwirthschaftlichen Gesellschaft von Massachussets ist eine Reihe von Arbeiten über die Frage ausgeführt, ob Milch, welche von tuberkulösen Kühen herrührt, Tuberkelbacillen enthält. Die Resultate waren folgende: Milch- und Rahmproben der Versuchskühe wurden nach bekannter Methode mikroscopisch durch mehr, denn 2 Jahre hindurch untersucht. Von 121 solcher Proben (von 36 verschiedenen Kühen herrührend) lieferten 19 positive Resultate, 33% sämmtlicher Versuchskühe lieferten somit Milch, welche den Infectionserreger enthielt. Von 88 mit dieser Milch subcutan geimpften Meerschweinchen, wurden 12 in Folge der Impfung tuberkulös. Die Milch der Versuchskühe wurde an gesunde junge Kaninchen, Schweine, Kälber über 1/2 Jahr hindurch gefuttert. Von 48 Kaninchen erkrankten nur 2, dagegen von 12 (8–10 Wochen alten) Ferkeln 5 Stück. Endlich erkrankten von 21, von ganz gesunden Elternthieren stammenden Kälbern 8 an Tuberkulose (über 33%).

2) Einer anderen Versuchsreihe dienten 25 Kühe.

Während des Versuches waren von diesen tuberkulösen Kühen im ganzen 19 Kälber geboren worden, die alle innerhalb der ersten 6 Tage nach der Geburt getödtet, und auf Tuberkulose untersucht wurden. Keines derselben jedoch erwies sich krank. Eine directe Vererbung der Tuberkulose findet also beim Rinde für gewöhnlich nicht statt. Diese angeführten

[1]) Conf. Ernst C. Harold. Infectiousness of milk. (Boston 1895).

[2]) Conf. Ernst C. Harold. Infectiousness of milk (Boston 1895).

Versuche stehen nicht vereinzelt da. Die Verbreitung der Tuberkulose unter den Nord-Amerikanischen Rinderheerden bietet ein gleiches Bild. Aus den daselbst gemachten Beobachtungen ist ersichtlich, 3) dass in 17 verschiedenen Staaten
- [5]) Conf. O. Bollinger. Münch. med. Wochenschrift (1895).
über 165 Heerden (circa 3000 Stück umfassend) 26% aller Thiere entweder direct an Tuberkulose litten, oder derselben verdächtig erschienen. Während man bisher in Deutschland allgemein annahm, dass die Rindertuberkulose in einer Häufigkeit von etwa 2—3% angetroffen werde, zeigte sich neuerdings, dass dieselbe wenigstens in Nord-Deutschland und Dänemark eine ungeahnte Verbreitung habe. 4) So wurden z. B. im Schlachthof zu Berlin vom 1. April 1891—1892 auf über 21,000 Rinder 15,5% tuberkulös befunden. 5) In Schwerin betrug die Häufigkeit der Rindertuberkulose im Jahre 1886 — 10,7%, 1893 dagegen 26,6% und im ersten Halbjahr 1894 — 35%.

Allerdings ist diese enorme Steigerung auf die Futternoth des Jahres 1893 zurückzuführen. Die mangelhafte Ernährung bereitete dem Tuberkelgifte den denkbar günstigen Boden; ein Beispiel von erworbener Disposition, welches einem Experiment im Grossen zu vergleichen ist, und auf die ärmere Klasse mit ihrem für die Tuberkulose bekanntlich stark disponirenden Einflusse der mangelhaften Ernährung, in Anwendung gebracht werden kann. 6) Bei den, in Dänemark zahlreich vorgenommenen Tuberkulin-Impfungen zeigte sich, dass von 8401 Thieren 40% reagirten. Wenn ausser der Reaction sonst keine krankhaften Symptome nachweisbar waren, so wurden die verdächtigen Thiere von den gesunden getrennt, die Kälber alsbald nach der Geburt aus den inficirten Stallungen entfernt, und mit gekochter Milch ernährt. Wenn bei derartig separirten Kälbern Probeinjectionen gemacht wurden, und zwar etliche Wochen nach der Geburt, so erhielt man bei keinem Thier eine Reaction. Diese Erfahrungen bilden theilweise eine Bestätigung der Beobachtung, dass in den Waisenhäusern die Tuberkulose relativ selten ist, da dort die Kinder der Infection von Seiten tuberkulöser Eltern entrückt sind, und dadurch von der Ansteckung verschont bleiben. Nach den bisherigen Publikationen über den diagnostischen Werth des Tuberkulins scheint dieses in der That in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose beim Rindvieh ein sicheres Diagnostikum zu sein. 7) Auch auf der ambulatorischen Klinik zu Bern wird dasselbe innerhalb der zwei letzten Jahre benutzt. Die Ergebnisse sind folgende: Von den mit der Tuberkulose behafteten Thieren reagirten 70%; ferner liegen aus der ambulatorischen Klinik der thierärztlichen Hochschule in Dresden. 8) Mittheilungen über Tuberkulinimpfungen grösserer Rinderbestände vor; dieselben wurden ausgeführt auf 2 Rittergütern und 2 Bauerngütern mit einem Viehbestande von 154 Stück. Die Dosis betrug beim Jung-Vieh 0,2—0,3 ccm., bei Kühen 0,35—0,5 ccm., bei Bullen 0,3—0,5 ccm., verdünnt mit der 9-fachen Menge einer ½%-igen Carbolsäurelösung. — Als typische Reactionen wurden nur solche Steigerungen der Köpertemperatur aufgefasst, welche 39½—40° C. erreichten. — Von 174 Thieren zeigten 136 Stück, was 78,2% gleichkomme, eine typische, 6 = 3,4% eine zweifelhafte Reaction. 32 Thiere = 18,4% reagirten nicht. Von den 136 typisch reagirenden wurden 22 geschlachtet und tuberkulös befunden, von den nicht reagirenden wurden 3 geschlachtet, und frei von tuberkulösen Veränderungen befunden. Von den 6 zweifelhaft reagirenden, erwies sich die Hälfte als tuberkulös.

Aus dem, mir vorliegenden Material könnte ich noch eine Menge derartiger Beispiele anführen, begnüge mich aber, aus dem Gesagten nachgewiesen zu haben, dass wir in dem Tuberkulin ein Mittel besitzen, die Rindviehheerden, die bei uns wohl kein günstigeres Verhältniss aufzuweisen haben, von der Seuche der Tuberkulose zu reinigen, und dadurch den Herd für die Weiterverbreitung bei den Menschen zu beseitigen.

Aus angestellten Versuchen erhellt zwar, dass der zur Tuberkulose nicht disponirte menschliche Körper eine gewisse Menge des Giftes unschädlich zu machen vermag; bedenkt man aber, dass gerade die am wenigsten widerstandsfähigen Menschen, die Säuglinge es sind, welche der Möglichkeit ausgesetzt sind, Milch perlsüchtiger Kühe zu geniessen, und dadurch den Keim zu lebenslänglichem Siechthume, und den Grund zu vielen, noch unerforschten Kinderkrankheiten durch den Toxin-Gehalt derselben in sich aufzunehmen, so sollte man wohl meinen, dass diese Frage mehr Berücksichtigung verdient, als ihr bisher zu Theil geworden ist.

In sanitärer Beziehung ist Vieles geschehen, um dem Auftreten epidemischer Krankheiten vorzubeugen. Auch der Ausbreitung der Schwindsucht ist durch die fortschreitende Assanirung der Städte und durch möglichste Beseitigung der schädlichen Einflüsse der Wohndichtigkeit, theilweise Einhalt geschaffen worden. 9) So war für München im Verlaufe von 26 Jahren eine Abnahme der Tuberkulosefälle um 18‰ der Lebenden zu constatiren. Uebereinstimmend mit dieser Angabe des statistischen Bureaus, wurde auch aus den Sectionsbefunden des Münchener pathologischen Institutes ein ununterbrochenes Absinken der Tuberkulose-Fälle constatirt. Immerhin darf und muss jedoch angenommen werden, dass die Tuberkulose nicht früher aufhören wird, Allgemeingut zu sein, bevor eine radicale Säuberung der Milchvieh-Heerden von den, an Perlsucht leidenden Kühen durchgeführt worden ist, und durch ein stetes Bewachen des Gesundheitszustandes jedes einzelnen Thieres das Wiedereingeschlepptwerden der Tuberkulose unter die Rinder verhindert wird. Die Ueberwachung müsste in die Hände competenter Aufsichtsbehörden zu legen sein, und das Publikum hätte, nachdem es mit der ihm drohenden Gefahr hinreichend bekannt gemacht ist, auch von sich aus nicht geringen Antheil daran zu nehmen. Die Aufgabe aber, das Publikum darin aufzuklären, hätten die Aerzte auf sich zu nehmen.

Wenn ich die Grenzen, die ich meinem Vortrage von Hause aus gezogen hatte, nach mancher Richtung hin überschritten habe, so unterlag ich der Versuchung der sich mir heute bietenden Gelegenheit, gerade die Mitglieder unseres ärztlichen Vereines auf diese überaus wichtige Frage aufmerksam zu machen, und sie im Interesse der Menschheit zu bitten, dass ein Jeder in seinem, ihm zugewiesenen ärztlichen Wirkungskreise warnend gegen den unbeschränkten Genuss der rohen, ungekochten Milch energisch auftritt.

Die äusseren Erscheinungen der Perlsucht tragen ja Auffallendes genug an sich. Eine obligatorische Tuberkulinimpfung würde jeden Zweifel beseitigen. Die Indolenz aber und Unkenntniss, die Gewohnheit, in der Milch das unschädlichste und kräftigste Nahrungsmittel für Jung und Alt zu sehen, lassen die hustenden und abmagernden Kühe ruhig in der Heerde verbleiben, und ihr Gift auf Menschen und Thiere übertragen. (Autoreferat.)

Discussion: Herr Meyer glaubt, dass die Angaben über die amphitere Reaction der Milch nur in beschränktem Masse Geltung haben. Es beginnen nämlich die Milchsäure bildenden Bacterien ihre Thätigkeit bereits in den peripheren Theilen der Ausführungsgänge der Milchdrüsen, in Folge wessen eben entleerte Milch sauer reagiren könne. Durch Abmelken der ersten Milch resp. Einführung steriler Röhrchen in die Ausführungsgänge erhält man stets säurefreie Milch, welche sich sehr lange, sogar bis zu 30 Tagen, ohne zu gerinnen, aufbewahren lässt.

Herr Grabe: Die Angabe über die amphotere Reaction der Milch beziehe sich nur auf die auf dem Markt käufliche.

Herr Katterfeld fragt, welche Strafen für den Verkauf verfälschter und gesundheitsschädlicher Milch angedroht werden.

Herr Grabe: In Russland bestehen überhaupt keine diesbezüglichen bestimmten Strafbestimmungen. Die Polizei nimmt vorkommenden Falles ein Protokoll auf, das dem Friedensrichter übergeben wird.

Herr Katterfeld erfuhr bei einem Besuche des St. Petersburger Schlachthauses durch den Veterinairarzt, dass das aus den baltischen Provinzen stammende Schlachtvieh das grösste Contingent von Tuberkulose stelle. Den Grund hierfür suche er in der Brennereimast, während Herr Katterfeld den Import aus dem Auslande anschuldigt.

Herr Kügler: Der Erfahrung nach nimmt, wenigstens in Kurland, die Rindertuberkulose zu. Er schiebt dies auf die Vorliebe des Landvolkes für Angler-Vieh, welches in den überaus mangelhaften Ställen als nicht genügend den schlechten hygienischen Verhältnissen adaptirt, nur zu leicht seine Widerstandsfähigkeit gegen die Infection einbüsst.

Herr Katterfeld: Auch in Kurland beginnt die diagnostische Tuberkulin-Impfung Eingang zu finden. Dieselbe ergab in mehreren Fällen einen unerwartet hohen Procentsatz von Tuberkulose. So lange aber der Gesetzesschutz fehlt und die obligatorische Durchführung der Tuberkulin-Impfung unmöglich ist, bleibt das Abkochen der Milch die einzige Schutzmassregel. Abgekochte Milch ist nach Leube leichter verdaulich als rohe.

Herr Kupffer: Nach Penzold sind beide gleich verdaulich.

Herr Sadikoff: demonstrirt einen Pioscop von Heeren. Das Princip desselben beruht auf Farbenvergleichung. Die Handhabung ist zwar eine äusserst bequeme, doch sind die Resultate nicht ganz zuverlässig.

Vortrag des Herrn Erdberg-Candau: «Ein Fall von Resection des ganzen Samenstranges bei

[3]) Conf. Ernst C. Harold. Infectionsness of milk. (Boston 1895).

[4]) Conf. O. Bollinger. Münch. medic. Wochenschrift (1895 Nr. 1 u.2.)

[6]) Conf. O. Bollinger. Münch. med. Wochenschr. (1895.)

[7]) Conf. E. Hess. Landwirthschaftl. Jahrb. d. Schweiz.

[8]) Conf. A. Eber. Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie.

[9]) Conf. O. Bollinger. Münch. med. Wochenschrift.

Prostatahypertrophie». (Erscheint in der St. Petersburger med. Wochenschrift.)

Referat des Herrn Kügler (Neuenburg) über Lombroso's «l'uomo delinquente».

Krankendemonstration:

1) Ein Fall hochgradiger Bradycardie bei Sclerose der Coronararterien. Seit ca. einem Jahre 20—21 Pulse in der Minute. (Der Fall soll zum Gegenstande eines Vortrages gemacht werden.)

2) Naevus pilosus der gesammten Stirnhaut und der Haut der rechten Gesichtshälfte.

Ausflug in das bei Talsen gelegene kurländische Leprosorium. Herr Sadikoff macht eine vorläufige Mittheilung über Versuche mit Thyroidin-Pulver bei 2 Leprösen.

z. Z. Secr.: L. Israelson.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. September 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. September 1897.

Дозв. ценз. Спб. 19 Сентября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 39 St. Petersburg, (9. October) 27. September **1897**

Das Seebad Pernau.

Von

Dr. A. Kroeger.

Stadtarzt zu Pernau.

Vortrag, gehalten auf dem IX. livländischen Aerztetage in Pernau am 4. Juni 1897.

Meine Herren!

Wenn ich es mir gestatte, Ihre Aufmerksamkeit auf einige Augenblicke für das Seebad Pernau in Anspruch zu nehmen, so sehe ich mich sogleich in die etwas peinliche Lage versetzt, pro domo zu sprechen; ich bitte Sie, als Motivirung dieser von mir geschaffenen Situation meine Absicht anzunehmen, Ihnen das Seebad Pernau in seinem hygienischen Werth und in seiner therapeutischen Bedeutung in Erinnerung zu bringen, Ihre Aufmerksamkeit gleichsam von neuem auf ein in Vergessenheit gerathenes Heilmittel zu lenken und Sie zu gleicher Zeit mit dem Boden vertraut zu machen, auf dem wir Sie zum ersten Mal zu begrüssen die Ehre haben.

Die Stadt Pernau liegt (unter 58° 23′ n. Br. und 24° 30′ ö. L.) zum grössten Theil auf dem linken Ufer der Pernau, etwa ³/₄ Werst von ihrer Mündung in die Pernausche Bucht, die sich nach SW in den Rigaschen Meerbusen öffnet, — auf der Spitze einer Landzunge, die 1—2 Werst breit ist und in einer Ausdehnung von ca. 5 Werst einerseits vom Meer, andererseits vom Pernaustrom begrenzt ist.

Der Boden besteht aus Sand, unter ihm Lehm. Die Sandschicht hat eine Stärke von 12—15 Fuss, die Lehmschicht von 30—50 Fuss, weiter folgt eine Feldsteinschicht (3—6 Fuss), dann Sandstein (3—10 Fuss), Kalkstein (20—70 Fuss), wiederum Sandstein (100—250 Fuss).

Das Stadtgebiet nimmt einen Flächenraum von etwa 12 Quad. Werst ein; die Vorstädte tragen einen durchaus ländlichen Charakter; Parkanlagen und Alleen in grosser Ausdehnung (theils vorhanden, theils im Werden) spenden Schatten und Kühlung und bieten Schutz vor Staub und Winden.

Zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse ist in letzter Zeit viel geschehen: durch Trockenlegung niedriger gelegener Gegenden, theilweise vollführte Verschüttung des ehemaligen Festungsgrabens, Anlage von artesischen Brunnen, Erbauung eines modern eingerichteten Schlachthauses, etc.

Epidemische Krankheiten finden keinen empfänglichen Boden für weitere Verbreitung; in den letzten sechs Jahren sind beispielsweise 18 Typhusfälle und 9 Ruhrfälle zur ärztlichen Behandlung gelangt.

Soweit zur allgemeinen Charakteristick der Stadt Pernau.

Was nun das Seebad Pernau betrifft, so wird der hygienische Werth und die Heilwirkung unseres Strandes, wie in jedem Seebade, durch zwei Factoren bestimmt, die Seeluft und das Seewasser. (Ich will hier bemerken, dass ich den klimatischen Angaben Beobachtungen ausschliesslich aus den Sommermonaten der letzten sechs Jahre zu Grunde gelegt habe.)

Betrachten wir zunächst die Seeluft, den bei weitem wichtigeren, massgebenden Factor, so ist dieselbe durch besondere Reinheit charakterisirt, die sich durch geringen Gehalt an Staub und organischen Keimen äussert.

Die Strandluft ist durch grösseren Gehalt an Wasserdampf ausgezeichnet, die relative Feuchtigkeit beträgt im Mittel 79% (am Morgen 84%, am Mittag 70%, am Abend 84%).

Die Bewölkung beträgt im Durchschnitt ⁶/₁₀, die Zahl der Tage mit Niederschlägen durchschnittlich für die drei Sommermonate 38.

Der Luftdruck beträgt im Mittel 757,3 mm., ist also, wie am Meeresstrande überhaupt, ein hoher.

Von einem Salzgehalte der Strandluft kann nach andererorts angestellten neueren Untersuchungen unter gewöhnlichen Verhältnissen — bei ruhigem Wetter nicht die Rede sein; nur, wenn ein starker Sturm das Seewasser zerstäubt hat, sind Salzpartikelchen in nächster Nähe des Strandes in der Seeluft suspendirt; doch dürfte

auch in diesem Falle eine nennenswerthe physiologische Wirkung kaum bemerkbar sein.

Die Luftströmungen — im Frühjahr und Herbst oft rauh und stark — haben in den Sommermonaten im allgemeinen mässige Stärke (ca. 4—6 Meter in der Secunde). Sie fördern die Hautperspiration, mildern die Sommerhitze, führen stets frische, reine Luft herbei und entfernen die Krankheitskeime, trocknen nach Regengüssen den Boden schnell aus, der in Folge seiner Durchlässigkeit es zu grösseren, andauernden Wasseransammlungen nicht kommen lässt. Die Hauptwindrichtung ist aus S und SW, am seltensten E und SE, windstille Tage sind im Durchschnitt etwa 3 in der Saison zu verzeichnen, stürmische 6. Die als See- und Landwind bekannten täglichen wechselnden Luftströmungen werden im Mai und Juni bemerkt, gehören jedoch nicht zur Regel.

Die Lufttemperatur ist am Tage in Folge der Luftströmungen und der Verdunstung von der grossen Wasserfläche aus eine mässig warme, die Abende und Nächte sind lau und mild: das Meer, das am Tage eine grosse Wärmemenge absorbirt hat, giebt nach Sinken der Sonne seinen Wärmeüberschuss der Luft ab und bewirkt eine Ausgleichung der Tages- und Nachtschwankungen der Lufttemperatur.

Die Lufttemperatur beträgt im Mittel
im Juni 16,5° C.
» Juli 17,7° C.
» August 14,0° C.
im Durchschnitt 16,1° C.

Im Durchschnitt steigt die Lufttemperatur in den Sommermonaten von 14,7° C. am Morgen auf 18,4° C. zu Mittag, um am Abend auf 15,0° C. herabzusinken.

Ein durchaus abweichendes Verhalten werden wir später bei der Wassertemperatur constatiren können.

Die mittleren Tagesschwankungen der Lufttemperatur betragen 3,7° C.

Unsere Sommertemperatur ist etwas kühler als in Arensburg und Riga, von annähernd derselben Wärme wie in Reval und Hapsal.

Um das von der Luftbeschaffenheit Gesagte kurz zusammenzufassen: die Luft ist rein, von mittlerem Feuchtigkeitsgehalt, mässig warm gleichmässig und fast immer bewegt.

Unser Klima wirkt als milder Kältereiz und ist geeignet eine Anregung der Functionen des Organismus hervorzurufen, es tritt vermehrtes Nahrungsbedürfniss ein, energischere Verdauungsthätigkeit, der Stoffwechsel wird lebhafter, die Blutbildung angeregt, das Nervensystem gekräftigt. Das Klima darf als leicht stimulirend bezeichnet und auch schwächlichen Individuen empfohlen werden, vorausgesetzt, dass ihre Assimilationsorgane den etwas gesteigerten Ansprüchen genügen.

Schwächezustände nach consumirenden Krankheiten, alle Formen von Scrophulose, Anämie, Chlorose, Rachitis werden durchaus günstig beeinflusst. Namentlich ist eine gute Wirkung bei schwächlichen, zu Scrophulose geneigten und in ihrer Entwickelung zurückgebliebenen Kindern zu bemerken. Unser Klima wirkt auf das Nervensystem beruhigend, ohne die Energie der Functionen des Muskel- und Nervensystems herabzusetzen, da die stets herrschenden mässigen Luftströmungen die erschlaffende Wirkung der Wärme an heissen Tagen mildern.

Nervöse Schlaflosigkeit und Neurasthenie finden oft Besserung und Heilung.

In Folge der Reinheit, Gleichmässigkeit und Feuchtigkeit der Luft geben katarrhalische Affectionen der Respirationsorgane, Lungenemphysem sehr gute Resultate, im Frühjahr und Herbst dagegen werden die letztgenannten Affectionen der oft herrschenden rauhen Winde wegen ungünstig beeinflusst. Tuberkulösen in den Anfangsstadien darf der Aufenthalt in den Sommermonaten empfohlen werden, vorgeschrittenere Fälle mit Cavernenbildung, hektischem Fieber gehören in Curorte mit mehr geschützter Lage.

Der zweite Factor, welcher bei der Beurtheilung eines Seebadeortes in Frage kommt, ist das Seewasser, das Seebad im engeren Sinne.

Das Meeresufer am Pernauschen Strande ist flach und eben; der Meeresboden ist sandig, fest und steinfrei, frei von abschüssigen Stellen, sich allmälig vertiefend. Eine Reihe von Sandbänken zieht sich parallel dem Meeresufer hin in einer Entfernung von etwa 15—25 Faden von einander; Ebbe und Fluth sind nicht bemerkbar, das Baden ist bei ruhiger See durchaus gefahrlos.

Das Bad wird von Hütten aus genommen, die am Ende von langen ins Meer führenden Stegen aufgestellt sind.

Es sind zwei gesonderte Stege aufgeführt, eine Einrichtung, die Damen und Herren zu jeder beliebigen Tageszeit das Baden ermöglicht, so dass jede Abhängigkeit von einer oft sehr complicirten Stundenvertheilung fortfällt.

Der Wellenschlag ist gering; Ende Juni im Laufe des Juli und besonders im August werden höhere Wellen von grösserer Kraft bemerkt.

Der Salzgehalt des Meerwassers ist, wie überhaupt in der Ostsee, im Verhältniss zur Nordsee und zum mittelländischen Meer, ein geringer, er beträgt nach Goebel für die Pernausche Bucht 0,6% und soll bei SW Winden zunehmen. Der Pernaufluss führt dank seiner geringen Strömung nur wenig Süsswasser dem Meere zu, zudem wird das Flusswasser durch ca. 2 Werst ins Meer geführte Molen in eine genügende Entfernung von dem Badeplatze fortgeleitet. Das Wasser an der Badestelle ist rein und klar.

Der geringe Salzgehalt und die Schwäche des Wellenschlages vermindern den Werth eines Curortes keineswegs; im Zusammenhang mit günstigen klimatischen Bedingungen und einer warmen Seewassertemperatur bildet ein derartiger Strand einen geeigneten Curort für zarter organisirte Individuen.

Die Wassertemperatur ist als warm zu bezeichnen, sie beträgt im sechsjährigen Mittel
im Juni 18,6° C.
» Juli 19,9° C.
» August 16,6° C.
im Durchschnitt 18,4° C.

Sie erhebt sich von 17,1° C. am Morgen auf 18,9° C. zu Mittag, um — entgegengesetzt der Lufttemperatur — bis zum Abend noch um ein geringes zu steigen: auf 19,1° C., so dass die mittleren Tagesschwankungen nur 2,0° C. betragen, also noch geringer als die der Lufttemperatur sind.

Die Wassertemperatur steht um durchschnittlich 2,3° C. höher als die Lufttemperatur und zwar stellen sich die Verhältnisse durchaus verschieden dar je nach den Messungen am Morgen, Mittag und Abend.

Für die drei Sommermonate ist durchschnittlich am Morgen die Wassertemp. 17,1° C. } Die Differenz beträgt
» Lufttemp. 14,7° C. } 2,4° C.
am Mittag ist die Wassertemp. auf 18,9° C. gestiegen,
» Lufttemp. » 18,4° C. »

Die Differenz beträgt 0,5° C., Luft und Wasser sind nahezu gleich warm, am Abend hat die Wassertemperatur den höchsten Stand erreicht: 19,1° C., die Lufttemperatur ist nahezu auf den Ausgangspunkt am Morgen gesunken: 15,0° C.

Die Differenz ist am grössten: 4,1° C.

Im allgemeinen ist ein Zusammengehen der Luft- und Wassertemperatur unverkennbar, nur erreichen — wie

aus den Curven der einzelnen Jahre ersichtlich — die Schwankungen der Wassertemperatur nicht denselben Grad, wie die der Lufttemperatur und folgt die Wassercurve gleichsam zögernd der Luftcurve.

Die Wasserwärme ist der von Arensburg annähernd gleich, bedeutend höher als in Reval.

6-jähr. Dekadenmittel der Seewasser- und Lufttemp.

1891—96	Morgen		Mittag		Abend		Durchschnitt	
	Wasser	Luft	Wasser	Luft	Wasser	Luft	Wasser	Luft
Mai 20.—31.	14,4	12,8	17,3	16,8	17,6	12,7	16 4	14,1
Juni 1.—10.	16,2	14,9	19,0	18,3	19,0	14,4	18,1	15,9
11.—20.	17,1	15,6	19,1	19,0	19,5	15,6	18,6	16,8
21.—30.	17,7	15,4	19,7	19,0	20,0	15,8	19,1	16,7
Juli 1.—10.	18,3	16,7	20,2	20,6	20,8	17,2	19,7	18,1
11.—20.	19,1	17,0	21,0	21,0	21,4	17,2	20,5	18,4
21.—31.	18,4	15,3	19,9	19,0	20,0	15,7	19,4	16,7
August 1.—10.	16,6	13,7	18,3	17,7	18,5	14,1	17,8	15,2
11.—20.	16,5	13,4	17,7	16,7	17,5	14,0	17,2	14,7
21.—31.	13,9	10,6	15,3	14,6	15,3	11,2	14,8	12,1

6-jähr. Monats- und Saisonmittel

Juni	17,0	15,3	19,3	18.8	19,5	15,3	18,6	16,5
Juli	18,6	16,3	20,4	20.2	20,7	16,7	19,9	17,7
August	15,6	12,5	17,1	16,3	17,1	13,1	16,6	14,0
Saison	17,1	14,7	18,9	18,4	19,1	15,0	18,4	16,1

Die Wirkung des kalten Bades ist eine wärmeentziehende: der Wärmeverlust wird durch Steigerung der Wärmeproduction compensirt, die Oxydationsprocesse werden — hauptsächlich auf Kosten der Fette — angeregt, der Stoffwechsel wird gesteigert. Diese so nothwendige Compensation ist möglich, so lange das Bad nicht zu kalt und von nicht zu langer Dauer ist.

Die Wirkung des Salzwassers hat man sich derart vorzustellen, dass eine Imbibition der Oberhaut mit der Salzlösung stattfindet. wodurch ein gewisser Reiz auf die Nervenendigungen der Haut ausgeübt und der Stoffwechsel beeinflusst wird, auch die Hautdrüsenthätigkeit wird angeregt.

Eine Resorption von ClNa ist nach neueren Untersuchungen als nicht erwiesen zu betrachten.

Der Wellenschlag erhöht die wärmeentziehende Wirkung des Bades.

Die Wirkung des kalten Seebades ist eine tonisirende: es regt die Thätigkeit aller Organe an und kräftigt sie.

Der Appetit steigert sich, die Verdauungsthätigkeit und Blutbildung werden energischer, die Ernährung wird gebessert, die Herzthätigkeit gekräftigt, die Athmung vertieft, die physische und psychische Energie steigert sich, die Leistungsfähigkeit der Nerven und Muskeln wird erhöht.

Die Hautthätigkeit wird energischer, es tritt Gewöhnung an Temperaturcontraste, Abhärtung bei Neigung zu Katarrhen und Rheumatismus ein.

Das kalte Bad setzt ein gewisses Quantum von Widerstandsfähigkeit der Organe voraus: ein sufficientes Herz, elastische Gefässe, relativ gute Blutbeschaffenheit und ein einigermassen widerstandsfähiges Nervensystem.

Es ist daher contraindicirt bei hochgradigen Schwächezuständen, verminderter Wärmebildung und gestörter Herzthätigkeit, bei welchen Zuständen eine schnelle und genügende Reaction nicht zu Stande kommt, die gestörte Circulation nicht ausgeglichen wird.

Herzleiden, Arteriosclerose schliessen das kalte Bad aus, ebenso hohe Grade von Anämie, Nervosität und Scrophulose, besonders wenn letztgenannte Affectionen von Abmagerung begleitet sind. Fernere Gegenanzeigen sind sämmtliche organische Erkrankungen der Respirationsorgane, der Nieren, des Uterus, des Gehirns und Rückenmarks. Kleine Kinder unter fünf Jahren, greise Personen sollen das kalte Bad meiden.

Neben seiner Indication als hygienisches und abhärtendes Mittel ist das kalte Bad bei Schwächezuständen nach acuten Krankheiten angezeigt, wenn sie nicht zu hochgradig sind. Es ist indicirt bei geistiger Ueberanstrengung, überreiztem Nervensystem, schlaffer Musculatur, mangelhafter Verdauung (aton. Dyspepsie habitueller Obstipation) und den sonstigen Schwächezuständen, wie sie das moderne Leben der Stadt mit seinen beruflichen und gesellschaftlichen Anforderungen mit sich bringt. Scrophulose geringen und mittleren Grades, so lange nicht stärkere Abmagerung eingetreten ist, besonders die pastöse Form, werden sehr günstig beeinflusst; bei der erethischen Form sollte nur an sehr warmen Tagen und mit grosser Vorsicht gebadet werden, hier sind das Seeklima und die warmen Seebäder indicirt. Blutarmuth und Bleichsucht geringen Grades eignen sich für die Behandlung mit Seebädern nur, falls keine Abmagerung vorliegt.

In Anbetracht des milden Pernauschen Seebades lassen sich die Indicationen je nach der Individualität der Kranken erweitern.

Gehen wir von nachstehenden Minimaltemperaturen des Seebades aus, bei denen das Bad zulässig ist:

Für Erwachsene 13° R. (16,2° C.)
» grössere Kinder 15° R. (18,7° C.)
» kleinere Kinder 16° R. (20° C.)

so darf auf Grund der (graphisch dargestellten) Temperaturmessungen als geeignete Badezeit für das Seebad Pernau im allgemeinen angenommen werden:

Für kräftige Erwachsene: jede beliebige Tageszeit im Juni, Juli, ersten und zweiten Drittel des August, auch das letzte Drittel des Mai in den Mittags- und späteren Nachmittagsstunden; für schwächliche Erwachsene und grössere Kinder die Mittags- und späteren Nachmittagsstunden im Juni und Juli Monat.

Für kleinere Kinder nur die Mittags- und Nachmittagsstunden im ersten und zweiten Drittel des Juli, allenfalls noch im dritten Drittel des Juni und Juli.

Am späten Abend nach Sonnenuntergang zu baden ist wegen der grossen Differenz zwischen der Wasser- und Lufttemperatur nicht rathsam.

Es ist natürlich, dass neben dem ausgiebigen Gebrauch der Strandluft und der richtigen Benutzung des Seebades eine zweckmässige Lebensweise und Diät, Freisein von häuslichen und beruflichen Sorgen etc. als weitere Heilfactoren in Betracht gezogen werden müssen, wenn der Aufenthalt in einem Seebadeorte seine stärkende und heilende Wirkung ausüben soll.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. 12.—15. Lieferungen (I. Bd., 4.—6. Lieferungen, II. Bd., 4. Lieferung). Wien, 1897, Alfred Hölder.

In rascher Aufeinanderfolge sind 4 weitere Lieferungen des Heymann'schen Handbuches erschienen. 3 derselben (12.—14.) sind den Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre gewidmet und enthalten folgende Capitel: Die Sectionsmethode

des Kehlkopfes und der Luftröhre vom Privatdocenten Dr. D. Hansemann, Prosector in Berlin. Allgemeine Aetiologie und Symptomatologie der Krankheiten dieser Organe von Prof. Dr. Ph. Schech in München und allgemeine Therapie derselben von Prof. Dr. Carl Stoerk in Wien. Die zahlreichen die Kehlkopfkrankheiten verursachenden Schädlichkeiten, die durch dieselben hervorgerufenen Erscheinungen, die allgemeine sowohl, wie die locale, operative, electrische galvanokaustiche und medicamentöse Behandlung derselben sind in diesen Abschnitten sehr ausführlich erörtert. Es folgt darauf eine mit zahlreichen farbigen Abbildungen ausgestattete Schilderung der acuten und chronischen Laryngitis von Dr. Rob. Krieg in Stuttgart, der auch für das folgende von Privatdocenten Dr. O. Seifert in Würzburg bearbeitete Capitel über Ulcerationen der Schleimhaut des Larynx und der Trachea die Zeichnungen anfertigte. Die Laryngitis submucosa acuta, Perichondritis laryngea und Larynxoedem fanden eine sehr gelungene Darstellung von Dr. M. Hajek in Wien. In einem grossen Capitel werden weiterhin die Verwachsungen und Stenosen des Larynx und der Trachea von Dr. Albert Rosenberg in Berlin sehr ausgiebig besprochen. In der 15. Lieferung werden zunächst die Fremdkörper und Verletzungen des Rachens und des Nasenrachenraumes von Prof. Dr. A. Jurasz mit grösster Ausführlichkeit abgehandelt. Den nächsten Abschnitt bilden die Neurosen des Schlundes von Prof. Dr. Otto Körner in Rostock. Endlich finden wir darin auch den Anfangstheil des besonders wichtigen Capitels über die Neubildungen des Rachens und Nasenrachenraumes von Prof. Dr. J. Mikulicz in Breslau. Auf eine detaillirtere Wiedergabe des Inhaltes müssen wir leider verzichten; die Namen der Autoren bürgen für die Trefflichkeit desselben. Wir können das vorzügliche Werk nur nochmals unseren Lesern bestens empfehlen. A. Sacher.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. III. Auflage. XI. Band. Wien u. Leipzig, Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1896.

Der XI. Band der in regelmässigem Tempo erscheinenden III. Auflage des allbekannten Werkes umfasst die Artikel Hundswuth--Irrenbehandlung. Fast überall ist die Literatur der allerletzten Zeit genügend berücksichtigt. Besonders hervorzuheben sind die Artikel «Hypnotismus» (Preyer und Binswanger) und «Hysterie» (Ziehen), «Impotenz» (Fürbringer). Die «Invagination» (Eichhorst) wäre wohl namentlich im therapeutischen Theil besser von einem Chirurgen zu bearbeiten. W.

Р. фонъ-Якшъ. Клиническая діагностика внутреннихъ болѣзней. Микроскопическіе, химическіе, и бактеріологическіе способы изслѣдованія. Перевели съ поправками и добавленіями К. Н. Пурицъ и Г. Ю. Явейнъ. 2-е русское изд. съ 150 рисунками. С.-Петербургъ, Изданіе К. Л. Риккера. 1897.

Es war eine bedeutende Bereicherung der russischen Fachliteratur, als das im Auslande anerkannte Handbuch von Jaksch «Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und microscopischer Untersuchungsmethoden» im Jahre 1890 in russischer Uebersetzung erschien.

Die Herren Puritz und Jawein hatten sich an diese lohnende Arbeit gemacht, unterstützt durch die Redaction des verstorbenen Prof. Tschudnowsky. Auch bei uns hat das Buch schnell Verbreitung gefunden, und nun ist bereits die zweite russische Auflage erschienen, welcher die Herren Uebersetzer die IV. deutsche Auflage zu Grunde gelegt haben.

Besonders werthvoll für uns macht die russische Uebersetzung der Umstand, dass überall in den Capiteln, wo auch Untersuchungen russischer Autoren vorlagen, deren Ergebnisse von den Uebersetzern in den Text mit aufgenommen wurden mit Angabe der Literatur. So dass nach dieser Richtung hin eine Vervollständigung stattgefunden hat.

Die Ausstattung dieses Buches ist eine ganz vorzügliche. Die Verlagsbuchhandlung K. L. Ricker hat keine Mühe gescheut bei der Ausgabe desselben, was ja den Werth eines Buches doch auch zum Theil bedingt.

Hecker.

O. von Franqué. Cervix und unteres Uterinsegment. Stuttgart, F. Enke 1897.

Die Lehre Schröders vom unteren Uterinsegment und seiner Entstehung aus dem Corpus uteri ist in den letzten Jahren von mehreren Forschern, namentlich Küstner und seinen Schülern bekämpft worden. In der Monographie Franqué's, die durch ihre Gründlichkeit und Wissenschaftlichkeit hervorragt, wird mit Bienenfleiss ein reiches wissenschaftliches Material von 34 Gebärmüttern allseitig genau untersucht und kritisch möglichst objectiv beleuchtet. Bewundernd steht man dieser Arbeit gegenüber. Nichts von Voreingenommensein, überall sachliche Objectivität und Streben nach Wahrheit leuchtet aus den Ausführungen hervor!

Zunächst gelang es Verf. durch makroskopische und mikroskopische Untersuchung zu constatiren, dass sich zu jeder Zeit ein Ostium internum an der Stelle nachweisen lässt, wo die typische Mucosa corporis uteri, die sich in der Schwangerschaft in Decidua verwandelt, und die typische Muskulatur des Corpus uteri beginnt. Die Länge des Cervix bleibt während der Schwangerschaft und Geburt constant. Oberhalb des Orificium internum liegt eine verdünnte Partie des Uteruskörpers. Dieses untere Uterinsegment wird nach oben durch die feste Peritonealanheftung, während der Geburt durch den Contractionsring begrenzt. Im unteren Uterinsegment findet sich stets Decidua resp. Corpusschleimhaut, niemals Cervix mucosa.

Ausser den eigenen Untersuchungen führt Verf. aus der Literatur 117 gravide, 26 kreissende und 75 puerperale Uteri an, die mehr weniger genau untersucht waren und zur Lösung der besprochenen Frage verwandt werden konnten.

Verf. ist es gelungen in überzeugender Weise die alte Schröder'sche Lehre von neuem zu begründen. Wir empfehlen das interessante, von der Verlagshandlung würdig ausgestattete Buch, allen Fachgenossen.

W. Beckmann.

Auszug aus den Protokollen des Revaler Aerztevereins.

Sitzung am 11. März 1896.

1. Herr Greiffenhagen demonstrirt 2 Fälle von Kniegelenkresectionen wegen Tuberculose als Typen der Heilung bald nach der Operation und als Endresultat. Der erste Fall (Mann von 36 Jahren) ist vor 2 Monaten operirt; der Callus federt noch, Pat. geht mit Krücken in abnehmbarer Gypshülse. — Der zweite Fall (Mädchen von 30 Jahren ist vor vier Jahren operirt: feste knöcherne Ankylose. Pat. kann gehen, laufen und tanzen ohne Prothese und ohne erhöhten Stiefel. Vortr. operirt bei totaler Resection stets nach Textor und hat unter 21 Fällen einmal ein Schlottergelenk (es betraf ein stark vereitertes tuberkulöses Knie), sonst immer feste knöcherne Ankylose erreicht. Bisher in keinem Falle ein Recidiv.

2. Herr Greiffenhagen berichtet über einige Versuche, die er mit dem Maraglianoschen Heilserum angestellt hat. Behandelt wurden 2 Fälle von tuberkulösen Halsdrüsen, 3 Fälle von Larynxtuberkulose. Die letzteren wiesen vorübergehend eine entschiedene Besserung auf, ohne dass lokal behandelt wurde, konnten aber nicht consequent weiter behandelt werden, weil das Mittel zu theuer war. Einer der Fälle von Larynxtuberculose (zugleich mit schwerer Lungentuberkulose complicirt) endete nach einer Influenza-Attake trotz grosser Dosen Heilserum tödtlich. Die Drüsentuberkulose wurde in keiner Weise beeinflusst. Ein abschliessendes Urtheil glaubt Vortragender sich nach diesen spärlichen Versuchen nicht erlauben zu dürfen.

Sitzung am 1. April 1896.

Herr Greiffenhagen demonstrirt:

a) einen ca. mannskopfgrossen hydronephrotischen Sack, der durch Exstirpation der rechten degenerirten Niere eines 17-jährigen Mädchens gewonnen wurde. Es handelt sich um eine congenitale Stenose des rechten Urethers ca. 5 cm. vor der Einmündung in die Blase. Pat. war 3½ Monate vorher laparotomirt und der Sack vorn und hinten drainirt worden. Trotzdem trat keine genügende Schrumpfung ein, so dass die Eltern dringend die Radikaloperation wünschten, obgleich sie auf die schlechte Prognose aufmerksam gemacht waren. Am 26. Februar wurde die ausserordentlich schwierige Totalexstirpation ausgeführt. — Reflexanurie, Erbrechen, zunehmende Schwäche, exitus letalis am 29. Februar.

b) Zwei aussergewöhnlich grosse Nierensteine, die einer 41-jährigen Dame wegen Pyelitis dextra mit schweren pyämischen Erscheinungen durch die Nephropyelotomie entfernt wurden. Tamponade — Heilung.

c) Ein 3 cm. langes, 6 mm. breites Knochenstück, dasselbe war von einem Manne verschluckt worden und hatte einen jauchigen Retropharyngealabscess gebildet. Eröffnung desselben durch d. Pharyngotomia subhyoidea mit Hahn'scher Tamponcanüle. Langsame Reconvalescenz.

Sitzung am 6. Mai 1896.

Herr Knüpffer demonstrirt einen über mannskopfgrossen Tumor, den er einer 52 jährigen nullipara exstirpirt hat. Die Patientin hatte bis zu den letzten 6 Wochen regelmässig menstruirt, später nicht mehr; seitdem ist der Tumor schnell gewachsen und verursachte heftige Schmerzen. Blutungen

hatten nie bestanden. Zur Zeit der Operation bestand auch Ascites. Es war ein sehr grosser Schnitt erforderlich. Vorn fanden sich keine, hinten und an den Seiten dagegen sehr starke Adhäsionen. Die Diagnose war auf Ovarialtumor gestellt worden, jedoch zeigte sich beim Zutagetreten der Geschwulst, dass die Ovarien zwar cystisch degenerirt, aber relativ klein waren, während die Hauptmasse des Tumors ein den ganzen Uterus umfassendes Myom darstellte. Der exstirpirte Tumor wog 20½ Pfund. Nach der drei Stunden dauernden Operation trat Collaps ein. Nach mehreren Campherinjectionen hob sich zwar der Puls etwas, blieb aber immer noch schwach und frequent. Auffallend war, dass im Laufe der folgenden Tage sehr wenig Urin secernirt wurde. Am dritten Tage trat Nachts grosse Unruhe ein, es sistirte der Puls und erfolgte bald der Tod, wahrscheinlich durch Collaps, da keinerlei Anzeichen für Peritonitis vorlagen. Die Consistenz des Tumors ist auffallend weich, das Uteruscavum ist bis zu einer Länge von 28 ccm. ausgedehnt.

Herr Knüpffer zeigt einen eigenthümlichen Gegenstand, den eine Frau über 20 Jahre lang als Pessar getragen hatte. Es stellt ein cylinderhutförmiges aus Thon geformtes Instrument dar, welches der Frau von einem alten Weibe gegeben war mit dem Rath, es gegen ihren Prolaps in der Scheide zu tragen. Es hatte auch seinem Zweck auffallenderweise gut gedient, musste aber jetzt, da es schliesslich Schmerzen und Erosionen verursachte entfernt werden.

Sitzung am 16. September 1896.

1. Herr Plotnikow stellt einen Patienten vor, der einen syphilitischen Primäraffekt an der Lippe acquirirt hat. Ein deutliches papulöses Exanthem am ganzen Körper und sonstige Symptome lassen beim Patienten gar keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen. Unter 250 Fällen von Syphilis, die Plotnikow beobachtete, ist das der zweite Fall mit extragenitalem Sitz des harten Schankers, beim anderen sass das Ulcus an den Tonsillen. Anamnestisch wird im vorliegenden Fall nur das Rauchen fremder Pfeifen angegeben.

2. Herr Greiffenhagen berichtet über 5 Fälle von irreponiblen Luxationen im Ellbogengelenk, vier davon betrafen Kinder, einer eine Erwachsene. In drei Fällen gelang die Reposition durch Arthrotomie (2 seitliche Schnitte). in zweien konnte erst nach temporärer Resektion des Olecranon das Hinderniss beseitigt werden. Der Fall welcher die Erwachsene betraf, heilte per secundam intentionem mit geringer Beweglichkeit des fast rechtwinklig flektirten Gelenkes. Die vier Kinder sind per primam intentionem mit fast normaler bis ganz normaler Beweglichkeit ausgeheilt. Die Nachbehandlung ist schmerzhaft und langwierig, aber von grösster Bedeutung. G. tritt mit Entschiedenheit für die blutige Reposition gegenüber der Refraktion ein.

Sitzung am 7. Oktober 1896.

1. Herr Weiss demonstrirt eine Patientin mit Facialislähmung nach einem Trauma, einer Perforation des Trommelfelles mittelst einer Stricknadel. Die Lähmung war sofort nach der Verletzung aufgetreten. Im Anschluss an die Demonstration spricht Weiss über die Prognose der Facialislähmung im Allgemeinen und dieses Falles speciell.

2 Herr Knüpffer berichtet über einen plötzlichen Todesfall, der 3 Stunden nach einer wegen Carcinom vorgenommenen subcutanen Injection von 0,33 Extractum Chelidonii — nach Angabe von Denissenko eingetreten war. Der Fall soll demnächst veröffentlicht werden.

In der Diskussion über die vermeintliche Todesursache, die aus der Sektion nicht deutlich hervorging, ist Weiss geneigt ein zufälliges Zusammentreffen des bei Carcinomatösen häufig vorkommenden plötzlichen Collapstodes mit der vorhergegangenen Injektion anzunehmen, während Knüpffer glaubt, das Herz der Patientin sei zu schwach gewesen, um die mitunter heftige Reaction nach Einspritzung des Mittels überstehen zu können und führt einen anderen kürzlich in Reval beobachteten Fall an, wo nach Injection von Chelidonium eine so energische Reaction eingetreten war, dass der Patient die dabei auftretende Herzschwäche nur mit Aufbietung aller seitens des Arztes angewandter Mittel zu überwinden im Stande war. Greiffenhagen stellt, gestützt auf den Sektionsbefund, nach welchem ca. 150 ccm. Flüssigkeit im Pericard sich vorgefunden hätten, die Möglichkeit einer bestehenden Pericarditis, die die Todesursache hätte abgeben können, nicht in Abrede. Bätge spricht seine Meinung auch im Knüpfferschen Sinne aus.

Sitzung am 11. November 1896.

1. Herr Greiffenhagen stellt zwei Patienten vor:

a) ein junges Mädchen, dem wegen eines den ganzen Mittelfinger einnehmenden, auf dorsum und vola manus dext. übergreifenden Naevus pigmentosus des Mittelfinger nach Zang amputirt wurde. Die Wunde wurde zum Theil vernäht, z. Th. nach Thiersch gedeckt. Der kosmetische und funktionelle Erfolg ist sehr befriedigend.

b) einen Knaben von 14 Jahren, an dem successive an beiden Kniegelenken und am rechten Sprunggelenke die Totalexstirpation der tuberkulös erkrankten Kapsel ausgeführt wurde. Das linke ebenso erkrankte Fussgelenk ist des Vergleichs halber mit Stauungshyperämie — zunächst noch mit wenig Erfolg — behandelt worden. Das funktionelle Resultat an den operirten Gelenken ist ein gutes. Am rechten Kniegelenk, welches schon vor 1½ Jahren operirt wurde, ist die Beweglichkeit normal.

2. Herr Knüpffer demonstrirt ein Präparat von Blasenmole. Dieselbe war unter Schmerzen und Blutungen von einer Patientin ausgestossen worden, bei welcher im Laufe von 3 Monaten bei Ausbleiben der Menses sich ein Tumor im Leibe entwickelt hatte, der bis zu 2 Querfinger über den Nabel hinauf reichte. Die Placenta musste nach Ausstossung der Mole manuell entfernt werden. Es erwies sich, dass die Mole bis in die Muskulatur hineingewuchert war. Die Patientin erholte sich rasch.

3. Herr Kusick berichtet über seine in 13 Fällen gemachten Erfahrungen bei Behandlung der Phthise mit Natrium cinnamylicum. Es geht hieraus hervor dass, entsprechend den Publikationen Landerers, auch Vortr. gute Erfolge aufzuweisen hat, wenn auch die Behandlung keine klinische gewesen ist und daher die Beobachtungen nicht mit erwünschter Genauigkeit gemacht werden konnten. Constant hat Vortr. das Abnehmen der Rasselgeräusche bei Anwendung des Mittel gefunden, desgl. eine deutliche Gewichtszunahme, Veränderung des Sputums und subjektive Besserung. Die Patienten wurden durch die Behandlung wenig belästigt. Herr Weiss hat an einem Fall, den er mit natr. cinnamylicum behandelte und der sich von vornherein sehr schwer präsentirte, die Beobachtung gemacht, dass die bis dahin sehr hohen Temperaturen während der dreimonatlichen Behandlung normalen Platz machten, während der objektive Befund unaufhaltsam vorwärts schritt. Herr Rennenkampf betont zur Beurtheilung der Landerer'schen Methode die Thatsache, dass auch schwere Fälle von Phthise bisweilen ganz auffallende Besserung ohne specifische Behandlung aufweisen, so habe er einen Patienten gehabt, der sehr viel Bacillen im Sputum hatte und nur mit diätetischen Massnahmen behandelt wurde, wobei sein Gewicht zunahm und das Sputum, das subjektive Befinden und der physikalische Befund sich augenscheinlich besserten. Herr Bätge erwähnt auch den Effekt des psychischen Einflusses, den eine neue Behandlungsmethode auf die bis dahin hoffnungslosen Patienten hat und erinnert an die Zeit der Tuberkulininjectionen, wobei vielfach eine ganz bedeutende Gewichtszunahme statt hatte. Letztere sei daher nicht als so wichtig anzusehen, wie der objektive Befund. Herr Hoffmann und Herr Tannenbaum haben akute Verschlimmerung nach Anwendung des Natr. cinnamyl. gesehen. Herr Greiffenhagen hat auf dem Gebiet der chirurgischen Tuberkulose keine günstige Beeinflussung zu verzeichnen. Unter den fünf von ihm behandelten Fällen befanden sich auch zwei Larynxtuberkulosen. Die günstigen Berichte Landerers seien nach Ansicht Greiffenhagens nicht zu gering anzuschlagen und daher die Injection nicht ohne ausgiebige Nachprüfung zu verwerfen. Ermuthigend wirke dabei, dass die Behandlung eine sehr bequeme sei und bisher keine andere Methode Besseres leiste.

Sitzung am 2. December 1896.

Herr Greiffenhagen spricht über die operative Behandlung der Wandermilz. Der Vortrag ist im Centralblatt für Chirurgie 1897 Nr. 5 veröffentlicht worden.

Sitzung am 13. Januar 1897.

Herr Greiffenhagen stellt eine anscheinend gesunde Frau von 40 Jahren vor, welcher er die in Folge idiopathischer Hypertrophie colossal vergrösserte Milz per laparotomiam entfernt hatte. Der Wundverlauf war glatt und das Allgemeinbefinden war bis auf eine beträchtliche Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes dauernd ein gutes. Fütterung mit roher Milzsubstanz (—15,0 pro dosi, 3 Mal täglich) schien nicht ohne Einfluss auf die Regeneration des Blutes zu sein.

2. Herr Greiffenhagen stellt ein 20-jähriges Mädchen vor, die wegen schwerer Peritonealtuberkulose vor 16 Monaten laparotomirt worden war. Pat. hat seit der Operation den starken Ascites, sowie alle übrigen Krankheitssymptome (Abmagerung, Blässe, Körperschwäche), verloren und ist blühend und gesund als Fabrikarbeiterin schon seit mehr als einem Jahre thätig. (In der Bauchnarbe eine nussgrosse Narbenhernie.)

Sitzung am 3. Februar 1897.

1. Herr Kusick hat eine an Magencarcinom leidende Kranke seit 3 Wochen mit Chelidonium behandelt. Eine Besserung ist bisher nicht zu constatiren, ausser dass die bisher bestandene Schmerzhaftigkeit nachliess. Die per os gereichte Dosis betrug 3 Mal täglich einen Esslöffel einer Lösung von 1,5 Extr. Chelidon.: 150,0 Aq. dest.

Herr Scheibe hat auch Carcinom mit Chelidonium behandelt, ebenfalls ohne Erfolg. Der Pat., welcher inzwischen schon gestorben erhielt 4—6 Mal tägl. zu 0,5.

2. Herr Greiffenhagen stellt einen von ihm operirten ausgeheilten Fall von Sinusthrombose vor. Es handelte sich um ein 14-jähriges Mädchen, welchem wegen einer acuten Otitis media purulenta dextra am 20. März 1896 poliklinisch die Paracenthese, am 21. März die Aufmeisselung des proc. mast. gemacht wurde, ohne das sich Eiter im Antrum vorfand. Wegen deutlicher Sinussymptome (Benommenheit, Schüttelfrost, Schmerz hinter dem Warzenfortsatz und Schmerzen längs der verdickten Jugularis) wurde am 29. März die Resection der thrombosirten Vena jugularis communis und die Aufmeisselung, Ausräumung und Tamponade des Sinus transvers. dext. vorgenommen. Wegen fortdauernd hohen Fiebers wurde ferner am 3. April der Sinus weiter nach hinten und die rechte Kleinhirnhemisphäre eröffnet ohne Eiter zu finden. Nach Spaltung mehrerer metastatischer Abscesse allmähliches Sinken des Fiebers und Reconvalescenz. Augenblicklich ist Pat. vollständig gesund. Die Narben über dem Sinus und Kleinhirn haben deutliche Knochenunterlage.

Ein zweiter Fall von Sinusthrombose von Greiffenhagen im October 1896 operirt. Er betraf ein 12-jähriges Mädchen, das seit Jahren an einer chronischen Mittelohreiterung (nach Scharlach) litt. Erst nach achttägigem hohen Fieber mit Schüttelfrösten und Hirnerscheinungen wurde Pat. ins Diaconissenhaus übergeführt. Am 18. October Resection der thrombosirten Vena jugularis, Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und des Sin. transv. dext., Ausräumung, Tamponade, Spaltung pyämischer Abscesse. — Wegen fortdauernden hohen Fiebers und der Hirnerscheinungen am 20. October Freilegung des Temporallappens und Kleinhirns ohne Meningitis oder Hirnabscess zu finden. Tod am 20. October abends.

Sitzung am 10. März 1897.

Herr v. Wistinghausen demonstrirt:

a) Einen exstirpirten Tumor der Kopfhaut hervorgegangen aus einem Naevus. Er ist gleichmässig weich und stellt eine fibromatöse Wucherung eines congenitalen Naevus vor, ist nirgends sarcomatös entartet. Das Wachsthum war ein sehr langsames Interessant erscheint, dass die Oberfläche des ca. handtellergrossen Tumors an die Hirnoberfläche deutlich erinnert und so für die Theorie der Entstehung der Hirnwindungen durch stärkeres Oberflächenwachsthum sprechen könnte. Der durch die Exstirpation entstandene grosse Defect liess sich durch Plastik nur zum Theil decken.

b) Die Photographie seines durch Gebrauch eigenthümlich deformirten Sterilisators. Durch negativen Druck sind die dicken kupfernen Wände eingesogen worden. Nach Ausbesserung des Apparates hat Vortr. ein Ventil für negativen Druck anbringen lassen.

c) Einige von Vortr. entfernte Revolver- und Büchsenkugeln, die mehr oder weniger durch Aufschlagen an Knochen deformirt waren.

d) Einen Apparat in Form einer Schiene aus Filz, den Vortr. für eine Patientin zur Verhinderung einer habituellen Luxation des Daumens angefertigt hat. Die sehr leichte Schiene verhindert eine stärkere Abduction, lässt dagegen die Adduction gut zu. Einen ähnlichen Apparat hat Vortr. für Schreibekrampf construirt.

Sitzung am 7. April 1897.

Herr Greiffenhagen stellt zwei Patienten vor:

a) Einen 58-jährigen Mann, dem wegen einer 12 Jahre lang dauernden schweren Neuralgie im I. und III. Trigeminusast rechterseits am 9. Januar 1897 die Neurectomia supra und infraorbitalis nach Thiersch gemacht wurde. 24 Stunden nach der Operation bestanden noch schwere Anfälle, von da ab seit 3 Monaten völlige Heilung. Die Anästhesie beschränkt sich auf eine ca. 20 Kopekenstückgrosse Stelle dicht um die Austrittsstelle der Nerven. Das Präparat des Nerven zeigt ihn bis in die feinsten cutanen Endverzweigungen.

b) Eine 49-jährige Frau, der wegen eines stricturirenden Carcinoma recti die Resection des Mastdarmes vor 5 Wochen gemacht worden war. Die Umschlagfalte des Peritoneums reichte auffallend weit nach unten, so dass das Rectum ca. 15 cm. innerhalb des Peritonealüberzuges resecirt werden musste. Die circuläre Vereinigung des centralen Endes mit dem noch erhaltenen Sphincterenabschnitt der Schleimhaut gelang gut und schon jetzt besteht für feste und breiige Stühle völlige Continenz.

Sitzung am 5 Mai 1897.

1. Herr Bätge sieht sich veranlasst eine Mittheilung, die er im December 1895 auf der Sitzung des Aerzte-Vereins gemacht hat und welche in der Folge in der St. Petersb. Med. Wochenschr. in № 47 d. J. 1896 pag. 424 veröffentlicht worden, zu revociren. Es handelte sich um abnorm hohe Temperaturen von 43,6, die bei einer vermeintlich an Endocarditis ulcerosa leidenden 19-jährigen Patientin jüdischer Nationalität beobachtet wurden. Obgleich mit 2 Thermometern gemessen und der Fall durch Wochen hindurch beobachtet wurde, stellte es sich späterhin, erhärtet durch ein Geständniss der Patientin, einer Hysterika, heraus, dass Betrug vorläge. Die Kranke hatte sich angeblich wegen heftigen Frostes Wärmeflaschen ins Bett geben lassen und an diesen mit äusserstem Raffinement die Thermometer künstlich bis auf die hohen Temperaturen erwärmt und auf jede Art die Aerzte zu täuschen gesucht.

2. Herr v. Rennenkampf demonstrirt ein junges Mädchen mit einem localen Hautödem auf der Wange. Es besteht seit 2 Jahren. Das Nervensystem ist intakt. Vortr. weist darauf hin, dass der Verlauf dieser seltenen Affection gewöhnlich mit Atrophie der betreffenden Hautpartie ende.

3. Herr v. Rennenkampf beobachtete kürzlich 3 Fälle von Lues-Infection durch rituelle Cirkumcision. Der betreffende Rabiner, welcher in einer Folge die drei Kinder beschnitten hatte, ist nachweislich nicht syphilitisch und muss das verwandte Instrument oder der Schwamm die Infection übertragen haben.

75-jähriges Jubiläum der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Am 15. September c. feierte «die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga» ihr 75-jähriges Jubiläum.

Um 7 Uhr Abends fand die Festsitzung im gewöhnlichen Sitzungslokale im Dommuseum statt. Freilich ist dieses gewöhnliche Lokal so ungewöhnlich imposant in seinen Dimensionen und geschmackvoll in seinen Details, dass es nur noch einiger Zugaben an Beleuchtung und Gewächsarrangements bedurft hatte, um ein vollendetes Festlokal zu schaffen.

Gewiss über 100 Mitglieder waren anwesend, als der jetzige Präses Dr. C. Dahlfeld die Feier mit einer Rede eröffnete, die in kurzen Zügen einen Rückblick über die 75-jährige Geschichte der Gesellschaft gab. Dann verlas der Secretär Dr. H. Schwartz einen Auszug aus seiner umfangreichen Arbeit über die Thätigkeit der Gesellschaft in den letzten 25 Jahren, die sich an die 1872 erschienene Schrift von Dr. Bochmann, zur Feier des 50-jährigen Jubiläums verfasst, als Fortsetzung anschliesst. Es ist sehr zu wünschen, dass die Arbeit von Dr. Schwartz auch bald im Druck erscheinen wird, denn solche ausführliche Rückblicke über die Thätigkeit einer Gesellschaft haben viel mehr als nur lokales oder historisches Interesse. Aus dem Auszuge des Secretärs interessirte die Gäste, die zum ersten Mal einer Sitzung dieser Gesellschaft beiwohnten, besonders die Wahrnehmung, dass die Gesellschaft sehr oft von der Stadtverwaltung zu Rathe gezogen worden ist, Gutachten abgegeben hat, Organisationen auszuführen hatte (Impfinstruktionen, Hebammenwesen, Kampf mit Epidemien etc.), ja dass sie selbstständig grössere Institute (so die Reiner'sche Augenklinik) verwaltet. Es hat somit diese ärztliche Gesellschaft eine communale Bedeutung, wie sie sonst ärztlichen Vereinen kaum eigen ist.

Es folgte die Verlesung und Ueberreichung von Gratulationsadressen, von denen die beiden ersten, vom Rigaschen Stadtkrankenhause und von der Irrenanstalt Rothenberg, begleitet waren von Festschriften, stattlichen Bänden, enthaltend wissenschaftliche Arbeiten von den Aerzten der genannten Anstalten. Kleine Festschriften, auch der Gesellschaft zu ihrem Jubiläum gewidmet, waren vom greisen, erblindeten Ehrenmitglieder Dr. Waldhauer in Mitau und vom Bibliothekar der Gesellschaft, Dr. F. Voss, dargebracht.

Specielle Deputirte mit ihren Adressen hatten gesandt: der livländische Aerztetag, der Deutsche ärztliche Verein zu St. Petersburg, der allgemeine Verein St. Petersburger Aerzte, die literärisch-praktische Bürgerverbindung zu Riga, die Rigaer pharmaceutische Gesellschaft, die Gesellschaft für Geschichte und Alterthumskunde der Ostseeprovinzen und der Naturforscherverein zu Riga. Ferner waren viele Glückwunschschreiben und Telegramme eingelaufen, so von den früheren Professoren G. v. Oettingen und J. v. Holst, und zahlreichen ärztlichen Vereinen.

Um 9 Uhr Abends fand die Festsitzung ihren Abschluss. Im Saale des Wöhrmann'schen Parks fand dann ein Festbanket statt, das ungeachtet seiner glänzenden Ausstattung einen internen Charakter trug. Es blieben dort über 100 Mitglieder der Jubilarin und ihre Gäste in anregendstem geistigen Verkehr mit einander bis an die Morgenstunden heran, und gewiss werden alle Theilnehmer diesen Abend in der Rubrik ihrer Erinnerungen bewahren, welche die Ueberschrift trägt: «die angenehmsten und bleibendsten».

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Sept. d. J. 7393 (90 mehr als in d. Vorw.), darunter 631 Typhus — (13 wen.), 846 Syphilis — (8 mehr), 140 Scharlach — (73 mehr),

148 Diphtherie — (11 wen.), 32 Masern — (5 mehr) und 14 Pockenkranke — (0 wen. als in der Verw.).

Am 20. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7441 (48 mehr als in der Vorwoche), darunter 618 Typhus — (13 wen.), 859 Syphilis — (13 mehr), 152 Scharlach — (12 mehr), 142 Diphtherie — (6 wen.), 32 Masern (0 wen.) und 20 Pockenkranke (6 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. September 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	228	538	125	38	75	19	10	11	49	54	48	36	35	31	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 44, Croup 3, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 1, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 67, Todtgeborene 37.

Für die Woche vom 14. bis 20. September 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
275	218	493	92	33	84	23	7	13	48	57	50	29	25	26	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 2, Scharlach 21, Diphtherie 41, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 5, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 30

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. September 1897.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. October 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl, B O. 1. л. 44, кв. 3.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 27 Сентября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 4. (16.) October 1897

I. Erfahrungen über die galvanokaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. II. Demonstration eines verbesserten Bottini'schen Incisors und eines Accumulators mit Ampèremeter.

Von

Dr. Albert Freudenberg in Berlin.

Vorgetragen in der chirurgischen Section des XII. internat. medicin. Congresses zu Moskau am 21. August 1897.

I. M. H. Es ist eine auffallende Thatsache, eine wie geringe Beachtung die galvanokaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini bis vor Kurzem gefunden. Handelt es sich doch um eine Operation, welche bereits im Jahre 1875, also vor 22 Jahren zum ersten Male ausgeführt, bereits 1877 nach 5 erfolgreich operirten Fällen in Langenbeck's Archiv eingehend beschrieben, seitdem vielfach an der Hand beweiskräftiger und grösstentheils glänzender Erfolge von ihrem Erfinder als wirksam und relativ ungefährlich empfohlen, — und trotzdem bis vor Kurzem von anderen Autoren höchstens beiläufig erwähnt, aber kaum je einer Nachprüfung unterzogen wurde.

Die Thatsache ist um so auffallender, da a priori kaum ein zweckmässigeres Verfahren zu denken ist, als dasjenige, welches per vias naturales direct das Hinderniss der hypertrophischen Prostata angreift, um dem Urin wieder freien Abfluss zu verschaffen.

Vielleicht erklärt sich die geringe Beachtung aus den folgenden 3 Gründen. Erstens aus der anfänglichen Schwierigkeit der Beschaffung und Unvollkommenheit des Instrumentariums, bei welchem besonders vor der Einführung der Accumulatoren in die electromedicinische Therapie — die Beschaffung einer geeigneten Electricitätsquelle Schwierigkeiten bereitete; sodann aus der Abneigung der Chirurgen, ohne Information durch das Auge zu operiren, — welchem Bedenken inzwischen durch die Kystoskopie abgeholfen ist; endlich — last not least — aus der längere Zeit herrschenden Guyon-Launois'schen Theorie der Entstehung der Harnbeschwerden bei der Prostatahypertrophie. War doch nach dieser Theorie die eigentliche Ursache der senilen Harnbeschwerden überhaupt nicht primär in der hypertrophischen Prostata zu suchen, sondern in einer mit allgemeiner Arteriosclerose des Harntractus zusammenhängenden Schwäche der Blasenmuskulatur. Was konnte es unter diesen Umständen für einen Zweck und was für eine Wirkung haben, die Prostata anzugreifen, ohne die Blase in ihrer Kraft zu restituiren?

Es kann für mich keinem Zweifel unterliegen, dass diese Theorie, der schon durch die anatomischen Untersuchungen Caspers aus dem Jahre 1891 der Boden entzogen ist, nach den chirurgischen Erfolgen bei Prostatahypertrophie — seien sie durch directe oder indirecte operative Beeinflussung der Prostata erzielt worden — gänzlich aufgegeben werden muss. Es thut den hohen Verdiensten und der Autorität des französischen Altmeisters wahrlich keinen Abbruch, sich in diesem Punkte geirrt zu haben.

Es scheint, als ob jetzt der Bann gebrochen ist, der solange über der Bottini'schen Operation geschwebt. Vielleicht darf auch ich mir ein kleines Verdienst daran zumessen, durch einen Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft am 24. März dieses Jahres und später auf dem Deutschen Chirurgencongress Interesse für diese Operation bei den Fachgenossen erweckt zu haben.

Ich habe ausser den damals publicirten 5 Erfolgen inzwischen noch 8 weitere Fälle mit dem galvanokaustischen Incisor operirt, so dass ich jetzt über insgesammt 13 Fälle verfüge — mit 16 Operationen, da ich in dreien der Fälle einer ersten Sitzung mit unzureichendem Erfolge eine zweite habe folgen lassen. Ich gestatte mir heute, Ihnen kurz über die in diesen 13 Fällen erzielten Erfolge zu berichten.

Das Lebensalter meiner Fälle schwankte zwischen 55 und 81 Jahren. 8 davon waren Fälle mit completer Urinretention, von 8 Wochen bis zu 5 Jahren bestehend; in einem dieser Fälle, auf den ich nachher etwas ausführlicher eingehen werde, war vorher die doppelseitige Castration ohne jeden Erfolg gemacht worden. — 5 waren

Fälle mit incompleter Urinretention, in denen die quälende Häufigkeit des Urindrangs den Anlass zum operativen Eingriff bot. — Meine Operationen sind sämmtlich ohne Narcose, nur unter Cocain ausgeführt.

Um das Ungünstige vorweg zu nehmen, so habe ich 2 mal nach der Operation den Tod eintreten sehen, einmal bei incompleter, einmal bei completer Urinretention. Der erste dieser Fälle, bei welchem der Tod erst 24 Tage nach der Operation eintrat, einen 77½ jährigen, ausserordentlich decrepiden Patienten mit chronischer Pyelitis betreffend, ist meiner Ansicht nach nicht in Folge der Operation, sondern trotz der Operation in Folge seines Leidens gestorben. Bei dem andern, der einer embolischen Pneumonie erlag, kann leider über den Zusammenhang des Todes mit der Operation kaum ein Zweifel obwalten. Immerhin dürfte es sich hier um einen exceptionellen Unglücksfall handeln, da mir wenigstens aus der Literatur der Bottini'schen Operation ein solches Vorkommniss sonst nicht bekannt ist. Uebrigens weiss ich von einem Todesfall aus gleicher Ursache nach der Resection der Samenleiter.

Sehen wir von diesen beiden Fällen ab, so haben die 7 Patienten, welche eine complete Urinretention hatten — deren Bestand von 8 Wochen bis auf 5 Jahre variirte — sämmtlich nach der Operation wieder spontan zu uriniren angefangen. 4 davon entleeren ihre Blase so vollständig, dass sie den Katheter theils gar nicht, theils nur zum Zwecke der Behandlung ihrer Cystitis gebrauchen. Die 3 anderen haben noch mehr weniger beträchtlichen Residualurin, doch ist hier die Operation noch nicht so lange her, dass man nicht noch eine weitere Besserung erwarten könnte. — Die 4 Fälle mit incompleter Urinretention zeigten alle eine ganz eklatant günstige Wirkung auf den Urindrang. So sank in dem einen der Fälle, in welchem die Häufigkeit der Urinentleerungen während 24 Stunden, unbeeinflusst durch regelmässige Blasenausspülungen, auf 60—70 × in 24 Stunden zahlengemäss festgestellt wurde, die Zahl auf 8—10 ×. Die andern kamen auf noch geringere bis fast normale Zahlen.

Bestehende Cystitis wurde bei sämmtlichen Patienten nach der Operation theils vollständig beseitigt, theils ganz wesentlich gebessert; letzteres geschah auch mit der in einem Falle vorhandenen Pyelitis. Das Allgemeinbefinden aller Patienten wurde ganz bedeutend gehoben. In den Fällen, bei welchen regelmässig das Körpergewicht controlirt wurde, habe ich Gewichtszunahmen von 10 ℔ in 4 Wochen, von 4, 5, 9, 13 und 17 ℔ in 2 Monaten, ja sogar von 28½ ℔ in 3 Monaten constatirt. Letzteres bei dem 81-jährigen Patienten, welcher an completer Urinretention mit schwerer Cystitis leidend, vor der Operation so gut wie aufgegeben, jetzt fast ein Bild blühender Gesundheit geworden ist, und den Katheter seit dem 6. März nicht mehr angerührt hat.

Ich will auf die einzelnen Fälle hier nicht näher eingehen. Nur die Krankengeschichte Eines möchte ich kurz berühren, weil dieser Fall einerseits die hohe Leistungsfähigkeit der Bottini'schen Operation und ihre Ueberlegenheit gegenüber den immer noch modernen sexualen Operationen geradezu klassisch illustrirt, und andrerseits auch die Wirkungsweise der Bottini'schen Operation klar erkennen lässt.

Der jetzt 63-jährige Patient wurde bereits im Jahre 1893 wegen Prostatahypertrophie mit schwerer Cystitis von mir behandelt. Der Residualurin betrug schon damals zwischen 700 und 1000 ccm. Unter entsprechender Behandlung mit regelmässigem Katheterismus und Blasenausspülungen etc. besserte sich die Cystitis bedeutend, der Residualurin nahm noch zu. Es dauerte nicht lange, und Patient konnte keinen Tropfen Urin mehr selbstständig entleeren. Es war dies vor etwa 3—3½ Jahren. Patient ging darauf, da er sich mit dem Gedanken nicht vertraut machen konnte, dass er nun zeitlebens völlig an den Katheter gebunden sein sollte, zu Herrn Collegen Casper, der ihm am 5. Juni 1894, also vor ca. 3 Jahren die doppelseitige Castration machte. — Die Castration blieb vollständig ohne Erfolg! Patient liess auch danach niemals auch nur einen Tropfen Urin anders, als durch den Katheter.

Am 27. April 1897 machte ich ihm die Bottini'sche Operation. Bereits 5½ Stunden nach derselben wurden 6 ccm. eines schwach rosa gefärbten Urins spontan entleert, denen in der Nacht 3 Mal makroscopisch blutfreie Portionen von 1—7 ccm. folgten Am 2. Tage nach der Operation kamen schon Quantitäten bis zu 55 ccm., am dritten bis zu 132 ccm. auf einmal. Am 7. Mai, also 10 Tage nach der Operation wurde bereits ein Residualurin von nur 55 ccm. constatirt. Schon vom zweiten Tage nach der Operation brauchte Patient nur Morgens und Abends katheterisirt und ausgespült zu werden, vom 18. Tage nach der Operation (15. Mai) geschah dies nur einmal täglich, seit dem 31. Mai (34 Tage nach der Operation) braucht Patient den Katheter überhaupt nicht mehr. Der Residualurin betrug zuletzt Morgens zwischen 11 und 40, Nachmittags resp. Abends zwischen 15 und 52 ccm. Temperatur am 5 Tage nach der Operation 38,0, wie Patient annimmt in Folge einer Indigestion, sonst nie über 37,5.

Patient urinirt jetzt 7—8 × in 24 Stunden, und zwar in gutem Strahl und ohne jede Schwierigkeit. Der früher trotz regelmässiger Blasenausspülungen andauernd katarrhalische Urin ist goldklar geworden.

M. H.! Der Fall, dessen Krankengeschichte ich soeben mitgetheilt habe, ist theoretisch wichtig, weil er zeigt, dass die Wirkung der Bottini'schen Operation in der That direkt durch die Beseitigung des Hindernisses eintritt, welches die hypertrophische Prostata dem Abflusse des Urins darbietet. Prof. Lennander aus Upsala hat kürzlich[1]) die Vermuthung ausgesprochen, dass die Bottini'sche Operation dadurch wirke, dass sie mit dem Caput gallinaginis die Ductus ejaculatorii und damit Ganglien und Nerven zerstört, die zu den Samenbläschen und Vasa deferentia ziehen, dass sie also alles in allem ähnlich wirke, wie die Resection der Vasa deferentia. Fälle wie der vorgetragene — und einen ähnlichen hat Bottini mitgetheilt — beweisen, dass dies für die Wirksamkeit der Bottini'schen Operation nicht in Betracht kommt! — Aber wichtiger als diese theoretische ist die praktische Bedeutung solcher Fälle. Es muss nach ihnen in der That zweifelhaft erscheinen, ob man noch ferner berechtigt ist, bei einem Prostatiker zur Beseitigung der Urinretention die Castration vorzunehmen, ohne dass man vorher die Bottini'sche Operation versucht hat. Und dasselbe scheint mir für die Resection der Samenleiter zu gelten, wenn anders die Versuche Sackurs[2]), nach welchen auf die Resection der Samenleiter, wenn auch erst spät, doch eine Atrophie der Hoden folgt, vom gesunden Thiere auf den an Prostatahypertrophie erkrankten Menschen zu übertragen sind.

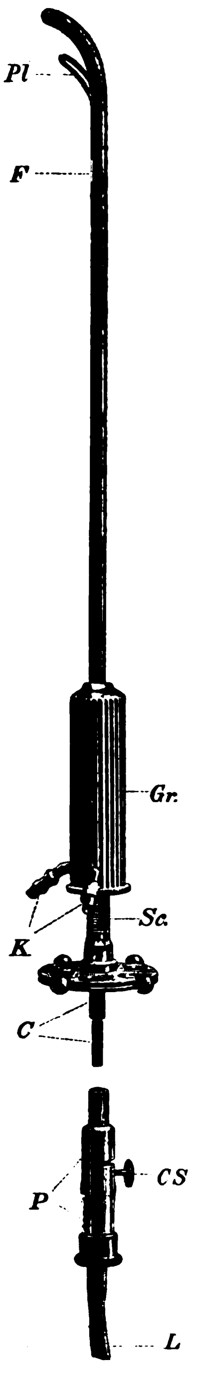
Fasse ich mein bisheriges Urtheil über die Bottini'sche Operation zusammen, so stehe ich nicht an zu erklären, dass dieselbe allseitig die höchste Beach-

[1]) Lennander: «Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie». Centralblatt für Chirurgie, 5. Juni 1897, Nr. 22.

[2]) Sackur: Kritisch-experimentelle Beiträge zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Therapeut. Monatshefte 1896. IX. S. 180—189.

tung verdient. Sollten meine weiteren Erfahrungen den bis jetzt gewonnenen Eindruck bestätigen, so würde es für mich feststehen, dass sie eine der segensreichsten Operationen ist, welche die moderne Chirurgie aufzuweisen hat, und durch deren Erfindung sich Herr Bottini ein hohes Verdienst um die Menschheit erworben hat.

II. Ich benutze diese Gelegenheit, um Ihnen eine von mir angegebene Modification und, wie ich glaube, Verbesserung des Bottini'schen Incisors zu demonstriren. Meine Modificationen beziehen sich auf Form und Handlichkeit, auf die elektrotechnische Construction, endlich auf die Möglichkeit einer sichern Sterilisirung. Das neue Instrument zeigt statt des dünnen Griffes des Bottini'schen Incisors einen handfesten, sicher in die volle Faust zu nehmenden cylindrischen, gerifften Griff, (s. Fig. Gr.), wie er von den Lithotriptoren her allgemein bekannt ist. Die Kühlvorvorrichtung (s. Fig. K.) beginnt nicht jenseits, sondern diesseits des Griffes, wodurch einerseits ein Nasswerden des Griffes unmöglich gemacht ist, andererseits die Wasserschläuche vor einer Compression durch die Ulnarseite der Hand sichergestellt werden. Statt des Platinmessers wurde ein Platin-Iridiummesser (s. Fig. Pl.) gewählt, weil diese Metalllegirung erstens härter, also weniger dem Verbiegen ausgesetzt ist, und zweitens einen höheren elektrischen Leitungswiderstand hat, also durch einen schwächern elektrischen Strom zum Glühen gebracht wird. Die Nische des weiblichen Schnabels ist etwas verbreitert, die Führung des männlichen im weiblichen Schafte durch ein Führungsplättchen gesichert. — Elektrotechnisch ist das Instrument dadurch verbossert, dass die electrische Leitung zum Messer innerhalb der Hülse des männlichen Schaftes nicht durch zwei dünne Drähte geschieht, sondern die Zuleitung durch einen etwa doppelt so dicken Draht erfolgt, während die Rückleitung durch die Hülse des männlichen Schaftes selbst und weiter, in Folge der engen Berührung, durch das gesammte Metall des äussern Instrumentes geschieht. Dabei ist zugleich die Stellung des Messers, welches nunmehr nur auf der einen Seite am Drahte, mit der andern fest an der starren Hülse vernietet ist, eine wesentlich festere geworden. — Die Verbindung des Instruments mit den Leitungsschnüren wird durch einen der Achse des Instrumentes entsprechenden zapfenförmigen Fortsatz vermittelt, welcher die beiden Pole concentrisch angeordnet trägt. (s. Fig. C.). Ein einfacher Ruck genügt in Folge dessen, um den gleichfalls concentrischen Kabelcontact (s. Fig.) aufzuschieben, an welchem die durch die bessere elektrotechnische Construction wesentlich dünner ermöglichten Kabel zu einer einzigen Leitungsschnur zusammen umsponnen sind. Die Ein- und Ausschaltung geschieht dabei durch eine kleine Contactschraube (s. Fig. CS.), ohne dass, wie bei den alten Instrumenten, ein besonderer Unterbrecher zwischengeschoben zu werden braucht. — Endlich ist — und das halte ich für den Hauptvorzug — durch die Wahl eines wasser- und hitzesicheren Kittes zum Abschluss und zur Isolirung, das Instrument so construirt, dass es nicht nur in die üblichen antiseptischen Lösungen gelegt, sondern auch, wie jedes andere chirurgische Instrument, in toto durch Kochen sterilisirt werden kann, was bei dem alten Instrumente ohne Schaden nicht angängig ist. Man wird diesen Vortheil besonders zu schätzen wissen, wenn man in die Lage kommt, heute bei einem Falle mit schwerer Cystitis, und morgen in einer aseptischen Blase operiren zu müssen.

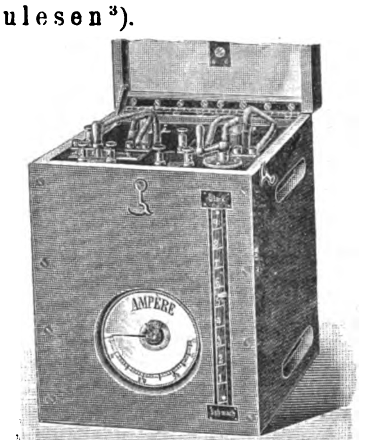


Vebesserter Incisor.
Pl=Platiniridiummesser.
F = Führungspl.
K = Ein- und Ausflussröhr. der Kühlvorricht.
Sc = Scala.
Gr = Griff.
C = Pole d. Cont.

Kabelkontact mit Leitungsschnur.
P = Pole des Kabelcontacts.
CS = Contactschraube zur Ein- und Ausschaltung.
L = Leitungsschnur.

Wie Sie sehen, lassen meine Modificationen den genialen Grundgedanken Bottini's, die Prostata per vias naturales galvanocaustisch zu durchtrennen, während gleichzeitig die benachbarten Partien durch Wasserkühlung vor Verbrennungen sichergestellt werden, unberührt, — diesen genialen Grundgedanken, den gefasst und durch bereits einen hohen Grad von Vollkommenheit zeigende Instrumente verwirklicht zu haben, das geistige Eigenthum und das hohe Verdienst Bottini's ist. Immerhin sind es Modificationen die vielleicht verdienen, allgemeiner acceptirt zu werden.

Ich gestatte mir schliesslich noch, Ihnen einen für die Bottini'sche Operation construirten — übrigens auch für alle andern galvanocaustischen Zwecke geeigneten Accumulator zu demonstriren, der mit einem Ampèremeter versehen ist. Die Ausrüstung mit dem Ampèremeter habe ich auf Grund der Erwägung eintreten lassen, dass man bei der Bottini'schen Operation nicht in der Lage ist, nach der Einführung des Instrumentes in die Blase die Glühstärke des Messers mit dem Auge zu controliren. Das Ampèremeter gestattet jederzeit, die Stärke des durch das Instrument circulirenden Stromes und damit die Glühstärke des Messers genau abzulesen[3]).



Accumulator mit Ampèremeter nach Dr. A. Freudenberg.

Referate.

Kleinwächter: Die Erfolge der internen Behandlung der Perityphlitis. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie. I, Heft 5.)

Das Material entstammt der Breslauer medicinischen Klinik aus den Jahren 1874—1889, während welcher Prof. Biermer

---

[3]) Die genauere Beschreibung des neuen Incisors findet sich im «Centralblatt für Chirurgie» Nr. 29, 24. Juli 1897. Das Instrument ist, ebenso wie der Accumulator mit Ampèremeter, zu beziehen von dem elektrotechnischen Institute des Herrn R. Kiss (Berlin, S. W. Königsgrätzerstr. 85).

die Klinik leitete. Bei der Behandlung war leitender Grundsatz: vollkommene Erschlaffung und Ruhigstellung des Darmkanals, was durch absolute Körperruhe, Darreichung von Opium und strenge Diät erreicht wurde. Die Resultate waren folgende: von 147 Patienten starben in der Behandlung 8 = 5,5%, es wurden als geheilt entlassen 126 gebessert 13. Was die Todesfälle während der Behandlung anbetrifft, so trat bei einem Patienten mit typischer Perityphlitis am Tage nach der Aufnahme trotz Opium plötzlich Stuhl und im Anschluss daran ein schweres Koma ein, aus welchem Patient nicht mehr erwachte. Der zweite Fall war schon bei der Aufnahme ein casus gravis: die Peritonitis blieb 2 Tage lokalisirt und wurde dann diffus. Tod am 9 Tage. Bei den mit diffusen peritonitischen Erscheinungen aufgenommenen 15 Patienten erfolgte in 6 Fällen der Exitus. Von den 139 Ueberlebenden konnte bei 84 Personen der Nachweis über das spätere Befinden geführt werden (1889 u. 1890 ermittelt). Unter diesen bekamen 21 Recidive, alle in den ersten 2 Jahren, bis auf einen, der noch im 3 Jahre nach seiner ersten Erkrankung einen Rückfall durchzumachen hatte; 2 Patienten erlagen dem Recidiv. Hierbei muss natürlich berücksichtigt werden, dass ein Theil der Ermittelungen Patienten betreffen, welche erst vor 1 Jahre das Leiden gehabt hatten. Die Verpflegungsdauer betrug im Minimum 6 Tage, im Maximum 169 Tage, durchschnittlich 27 Tage, das durchschnittliche Alter betrug 22½ Jahr.

Weyert.

L. Kuttner: Ueber Verdauungsstörungen, verursacht durch verschiedene Bruchformen. (Mittheilungen a. d. Grenzgeb. d. Medicin u. Chirurgie. I, Heft 5.)

Schon Lindner hat darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht selten Kranke giebt, die über Verdauungsstörungen, über unbestimmte Schmerzen im Leibe, Koliken etc. klagen und welche in dem Magen die Quelle ihres Unwohlseins sehen, während sich bei genauerer Untersuchung das Vorhandensein kleiner, oft kaum kirschengrosser Schenkelbrüche nachweisen lässt. Zunächst ist hervorzuheben, dass dieses Krankheitsbild fast ausschliesslich bei Frauen und zwar besonders bei solchen im mittleren und späteren Alter, die mehrfach geboren haben, zur Beobachtung kommt. Die Diagnose dieses Leidens wird dadurch ermöglicht, dass man bei Untersuchung solcher Patientinnen einen deutlich erweiterten Schenkelring oder einen kleinen Bruchsack nachweisen kann. Ebenso wie diese Schenkelhernien können auch weit geöffnete Leistenkanäle Veranlassung zu mannigfachen Verdauungsstörungen und zu kolikartigen oder mehr anhaltenden ziehenden Schmerzen im Unterleibe geben. Diese Zustände werden dadurch hervorgerufen, dass beim Husten, Pressen etc. eine Darmschlinge hervorgedrängt wird, welche, ohne palpabel zu werden, durch den inneren Leistenring comprimirt wird. Ebenso wichtig wie diese klassischen Bruchformen sind für den inneren Kliniker die sogenannten Bauchdeckenbrüche. Man unterscheidet die lateralen und medianen. Die lateralen sind bei weitem seltener und finden sich fast immer in der Mammillarlinie. Die medianen sind durchaus nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt. Verfasser beobachtete in 12 Monaten in der Poliklinik des Augusta-Hospitals (Berlin) unter 5300 Patienten 12 Mal derartige Hernien. Sie finden sich besonders bei Männern der arbeitenden Klasse und können zu schweren Incarcerationserscheinungen Anlass geben. In der Mehrzahl der Fälle bildet das Netz den Inhalt dieser Brüche, undzwar mit dem Darm zusammen oder allein. Häufig genug werden auch nur kleine Lipome gefunden, an denen nur ein Zipfel des Peritoneums ohne jeden weiteren Inhalt haftet. Besonders erwähnenswerth erscheint es, dass auch durch subseröse Lipome, die ohne jeden Bauchfelltrichter in der linea alba gelegen sind, dieselben schweren gastrischen Beschwerden hervorgerufen werden können, wie durch wahre epigastrische Brüche. Ihre Entstehung verdanken letztere wohl hauptsächlich Traumen, wobei die vom subserösen Bindegewebe ausgehenden kleinen Lipome eine grosse Bedeutung für das Zustandekommen solcher Brüche haben. Es kommt häufig vor, dass dieselben lange Zeit symptomenlos bestehen, um plötzlich bei einem Unfall oder einer Anstrengung die heftigsten Beschwerden zu machen, die hauptsächlich in kolikartigen ausstrahlenden Schmerzen sich bemerkbar machen. Daneben kommen Störungen des Allgemeinbefindens vor, die oft das Bild der Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie darbieten. Die einzige rationelle Behandlung dieser Brüche besteht in ihrer operativen Beseitigung.

Weyert.

M. Saenger: Ueber die Wirkung von Hydrastis canadensis bei Bronchialcatarrh. Centralblatt für innere Med. № 17.

Durch einen Zufall gelangte Verf. auf die Idee dieses Mittel bei Bronchitis anzuwenden. Er verordnete nämlich einem Kranken mit Spitzenkatarrh und tuberkulöser Laryngitis gegen Haemoptoe-Hydrastis und es ergab sich, dass nicht nur die Blutung zum Stehen gebracht wurde, sondern auch der quälende Husten wesentlich abgenommen hatte. Daraufhin versuchte S. das Mittel beim Bronchialkatarrh und fand es besonders im weiteren Verlauf desselben sehr wirksam, besonders in Fällen von chronischer Bronchitis. Er constatirte 1. eine bedeutende Abnahme des Hustenreizes, 2. eine wesentliche Erleichterung der Expectoration, 3. eine Beeinflussung der Secretion der Bronchialschleimhaut in der Weise, dass das Secretionsprodukt dünnflüssiger wurde und sich aus einem stark eitrigen zu einem mehr schleimigen umwandelte, 4. eine deutliche Abnahme der physikalisch wahrnehmbaren Erscheinungen des Bronchialkatarrhs. Parallelversuche mit Hydrastis und den bisher bekannten antikatarrhalischen Mitteln ergaben, dass die Wirkung des ersteren Mittels eine weit nachhaltigere ist, als die des Opium und dessen Derivate; die expectorirende Wirkung der Hydrastis ist der der gebräuchlichen Expectorantien und Solventien zum mindesten gleich. Verf. bediente sich ausschliesslich des Fluidextractes; er verordnet davon 4 Mal täglich à 20—30 Tropfen in Zuckerwasser. Gefährliche oder unangenehme Nebenwirkungen hat er in der angegebenen Dosis nicht beobachtet.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. III. Auflage. XII. Band. Wien u. Leipzig, Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1897.

In erfreulich kurzen Pausen folgt ein Band der neuen Auflage der Eulenburg'schen Real-Encyclopädie dem anderen. Der XII. Band (Irrengesetzgebung — Krankenpflege) bietet wieder viel Neues und Interessantes. Die Artikel «Kleidung» (G. Meyer), «Körpergewicht» (Buschan), «Krankenpflege» (Gurlt) dürften in so einheitlicher Darstellung ausser in grossen Specialwerken wohl nirgends zu finden sein. Dem mustergiltigen Werk kann garnicht genug Lobes gespendet werden.

W.

Prof. Benno Schmidt u. Privatdoc. Georg Schmidt: Die Unterleibsbrüche. Deutsche Chirurgie. Liefg. 47. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1896.

Dieses klassische Buch ist wohl die beste Monographie über die Unterleibsbrüche. Alles, was man für die Praxis zu wissen braucht, ist darin enthalten und wegen der klaren Anordnung des Stoffes leicht zu finden. Wer sich in eine Specialfrage vertiefen will, findet in dem ungemein vollständigen Literaturverzeichniss, das 49 Seiten Kleindruck einnimmt, alle nöthigen Hinweise. Die in der Darstellung der Bruchlehre so nothwendigen Abbildungen sind reichlich — 110 an Zahl — vorhanden und schön ausgeführt. — Das Werk hat den hochverdienten Leipziger Chirurgen, Prof. Benno Schmidt bis zu seinem Tode beschäftigt und interessirt; die Vollendung desselben ist seinem Sohn zugefallen, der das Literaturverzeichniss angefertigt und die Capitel über die neuen Radicaloperationen und die Behandlung brandiger Brüche bearbeitet hat. An Einheitlichkeit hat das Buch dadurch nichts eingebüsst.

Wanach.

Anatomischer Atlas, unter Mitwirkung von Prof. Alois Dalla Rosa, herausgegeben von Prof. Carl Toldt. Vierte Lieferung 1896, Fünfte Liefg. 1897. Wien und Leipzig, Verlag von Urban u. Schwarzenberg.

Die ersten 3 Lieferungen dieses schönen Werkes haben wir in № 1 und 27, Jahrgang 1896, dieser Wochenschrift angezeigt.

Die 4. Lieferung enthält in hervorragend klaren Abbildungen die Muskellehre. Besonders hervorzuheben sind die Tafeln, welche die allgemeinen Verhältnisse der Muskeln und, als besonderer Anhang, den Leisten- und Schenkelkanal betreffen. Die Sehnenscheiden sind reichlich illustrirt. Ein alphabetisches Register bildet den Schluss des Heftes.

Die 5., besonders reichhaltige Lieferung enthält die allgemeinen Verhältnisse der Eingeweide, den gesammten Verdauungsapparat, den Athmungsapparat, die besonders werthvolle Topographie der Brust- und Baucheingeweide, den Harn- und Geschlechtsapparat, endlich die Muskeln des Beckenausganges und die Topographie der Beckeneingeweide. — Bewundernswerth ist auch in den vorliegenden neuen Lieferungen des Atlas, wie gleichmässig und vollständig auch die mikroscopischen, topographischen und entwickelungsgeschichtlichen Verhältnisse durchweg berücksichtigt sind.

W.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

624. Sitzung am 13. Mai 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Henking.

1. Zum Protokoll der Sitzung vom 29. April, bezüglich des von H. Hellat vorgestellten Leprösen, bemerkt nachträglich Herr Petersen, dass bereits zu wiederholten Malen gerade an der Nasenschleimhaut sehr frühe Manifestationen der Lepra beobachtet worden sind. Es ist auch gelungen, in den Schleimhautgeschwüren der Nase Leprabacillen nachzuweisen.

2. Herr Henking spricht über zweckmässige Construction von Apparaten zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses und demonstrirt einen Kranken der eine nach seinen Angaben vom Mechaniker Iwanow angefertigte Klumpfussmaschine trägt.

Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses bietet mancherlei Schwierigkeiten; die grösste unter ihnen besteht in der Beseitigung einer nicht selten anzutreffenden Innenrotation des ganzen mit dem Klumpfusse behafteten Beines. Während die Correctur der excessiven Supinations- und eventuellen Equinus-Stellung des missstaltenen Fusses noch verhältnissmässig leicht gelingt, und auch die winklige Abknickung des Fusses im Chopart'schen Gelenk (die Adduction des Vorderfusses) energischen Massnahmen gegenüber weicht, widersteht gerade die Innenrotation der Beine oft den consequentesten, andauernden Bemühungen des Chirurgen. Vor der endgültigen Beseitigung dieser letzteren sehr lästigen Complication des Klumpfusses ist aber den Kindern mit der Behebung der Fussdeformität selbst wenig gedient, denn ihr Gang bleibt trotz des Auftretens mit ganzer Sohle sehr unbeholfen: die Längsaxen der Füsse sind in Fällen hochgradiger Ausbildung der Innenrotation der Beine fast quer verlaufend, die Kinder gehen daher extrem «einwärts», müssen die Beine hoch heben und zu gleicher Zeit stark spreizen um den einen Fuss über den den anderen hinwegzubringen. Das ist nun für sie sehr ermüdend, sie gehen langsam und wackelnd, und stolpern sehr leicht über ihre eigenen Füsse.

Unter solchen Verhältnissen ist es ein grosses Verdienst Hessing's uns das Modell zu einem Apparate geliefert zu haben, der sich vorzüglich zur Beseitigung der Einwärtsdrehung der Beine der Klumpfüssigen verwenden lässt. Die Basis dieses Apparates besteht in einem sorgfältig gearbeiteten, gut sitzenden Beckentheile, der von Hessing mittelst seiner exact nach dem Verlaufe der Darmbeinkämme gebogenen «Kammbügel» hergestellt wird. Nur vermöge solcher richtig modellirter Kammbügel wird ein Festsitzen des Beckentheils bewirkt, und damit zugleich die Möglichkeit gegeben an der Aussenseite des Beines starke, am Beckentheil des Apparates befestigte Schienen herabzuführen, welche dem Torsionsbestreben der Beine erfolgreich Widerstand leisten und allmählich eine Zurückführung der Beine in normale Haltung veranlassen können.

Eine andere Eigenthümlichkeit der Hessing'schen Apparate besteht in der Verwendung breiter Lederplatten, sogen. «Hülsen» zur Fixirung der Aussenschiene an das kranke Glied. Diese den Ober- und Unterschenkel in möglichst weiter Ausdehnung umfassenden Lederhülsen tragen sehr viel dazu bei, den Apparat sicher und fest an dem geradezurichtenden Beine sitzen zu lassen. — So plausibel und geradezu auf der Hand liegend der Nutzen gut modellirter Kammbügel und breiter Hülsen auch ist — trotzdem hält es äusserst schwer von den Bandagisten die Herstellung derselben zu erreichen; althergebrachte Usance und Handwerksroutine veranlassen die Bandagisten mit verzweifelter Zähigkeit an der Herstellung ganz unzweckmässiger Beckenreifen und schmaler «Bracelets» festzuhalten.

Vorzügliche Dienste leiste auch in vielen Fällen die von Hessing eingeführte Extensionsvorrichtung mittelst «Spannlasche», mit deren Hülfe die hochstehende Ferse gegen den Sohlentheil des Apparates herangezogen wird. Doch giebt es Fälle, wo man auch ohne diese den Apparat beträchtlich complicirende und vertheuernde Vorrichtung auskommt, wie beispielsweise an dem zur Demonstration mitgebrachten Pat. zu sehen ist, bei welchem der Tiefstand der Ferse durch den Druck eines über den Rücken des Fusses gelegten und an der metallischen Sohle befestigten starken elastischen Bandes erreicht wird. Die seitliche Abknickung des Vorderfusses lässt sich auch meist durch passend angebrachten elastischen Zug erfolgreich bekämpfen.

Mit anderen Vorrichtungen als den eben erörterten Hessing'schen Schienenhülsenapparaten lässt sich sehr wenig erreichen in all den Fällen wo neben dem eigentlichen Klumpfuss eine bedeutende Innenrotation der ganzen Extremität vorliegt. — Wo die zeitraubende und auch nicht ganz geringe Geldopfer erfordernde Behandlung mittelst Hessing'scher Maschine nebst Gymnastik und Massagecur nicht durchführbar ist, würde Vortragender daher die von Hahn empfohlene Durchmeisselung der beiden Unterschenkelknochen über den Malleolen empfehlen. Eigene Erfahrungen besitzt Vortragender über diese Operation zwar nicht; die von mehreren Seiten bereits veröffentlichten Berichte sprechen sich jedoch über die Resultate der Operation sehr günstig aus.

Berichterstatter hatte die Absicht 3 Pat. vorzustellen, bei denen allen die besprochene Einwärtsrollung der Beine als höchst fatale Complication der angeborenen Klumpfüsse vorlag. Leider konnte nur einer von ihnen auf der heutigen Sitzung erscheinen. Der kleine J. E. ist jetzt $3\frac{1}{2}$ Jahre alt. Ihm wurde gegen Ende des 1. Lebensjahres die Tenotomie der Achillessehne beiderseits wegen hochgradigen angebor. Klumpfusses ausgeführt, und für die Dauer von 6 Wochen Gypsverbände angelegt. Der Erfolg war, nach Abnahme der Verbände, wie die Mutter des Kindes zugiebt, ein sehr guter, — sie befolgte aber leider nicht den ihr vom Operateur gegebenen Rath, durch Gymnastik und Massage das erreichte Behandlungsresultat zu einem dauernden zu machen; bald stellte sich die fehlerhafte Fussstellung wieder ein. In der Folge liess sie von verschiedenen Bandagisten Stiefel und Apparate anfertigen, die sich jedoch garnicht bewährten. Erst Ende October vergangenen Jahres konnte Berichterstatter den Knaben in seine Behandlung nehmen. Das Kind trat wieder mit der äusseren Fusskante auf und drehte bei Belastung des Fusses dessen Dorsalfläche dem Boden zu; beide Hacken schwebten dabei in der Luft; starke Adduction des Vorderfusses. Ausserdem bestand gerade an diesem Pat. eine ausnehmend starke Rotation beider Beine nach innen, so dass die beiden Patellae nach innen schauten und bei einem Gehversuche die Füsse auf einander gesetzt wurden. — Während der 7-monatlichen Behandlung mittelst Massage und beständigen Tragens eines Schienenhülsenapparates haben sich nun alle Erscheinungen wesentlich gebessert. Der Kleine tritt rechts mit voller Sohle auf; links erhebt sich die Ferse noch etwas von dem Boden; der Vorderfuss hat nahezu normale Stellung. Der wichtigste Erfolg bezieht sich aber auf die fast vollständige Correctur der Einwärtsdrehung beider Beine.

Discussion.

Herr Schmitz: Man hätte an dem vorliegenden Apparate einen Extensionszug nach Hessing anbringen können um eine Herabführung der Ferse zu beschleunigen und vollkommener zu machen. — Das dem Kniegelenk entsprechende Charnier erlaubt am vorliegenden Apparate geringe seitliche Bewegung, was vielleicht insofern zu rügen wäre, als hierdurch unter Umständen die Entwickelung eines Genu valgum begünstigt werden könnte.

Herr Anders giebt zu, dass der Apparat zweckmässig ausgeführt sei; doch würde er empfehlen die am Sohlentheile fehlende Erhöhung des inneren Randes anzubringen, weil sie in zweckentsprechender Weise der Adduction des Vorderfusses entgegenarbeiten würde.

Die Hahn'sche Operation hat er in einem Falle mit zufriedenstellendem Erfolge ausgeführt. Es genügte die alleinige Durchmeisselung der Tibia, um den Fuss in corrigirter Stellung anheilen zu lassen.

Herr Henking hat im gegebenen Falle auf die Anbringung des Extensionszuges verzichtet, weil der durch dieselbe anzustrebende Erfolg auf einfachere Weise erreicht werden konnte. Die Abknickung des Fusses nach innen liess sich durch einfachen Zug und Druck mittelst einer elastischen Binde bekämpfen. — Die Hauptschwierigkeit bot in diesem Falle die Innenrotation der Beine und in dieser Beziehung hat sich der Apparat sehr gut bewährt, besonders wenn man die nicht lange Behandlung (nicht volle 7 Monate) berücksichtigt. — Dass der Apparat im Laufe der 7 Monate etwas wacklig und klapperig geworden ist, darf nicht Wunder nehmen, er hat seine Schuldigkeit gethan und muss jetzt einer gründlichen Remonte unterworfen werden.

Vortragender hielt es für gerathener einen alten, bereits bewährten Apparat vorzuweisen, als einen neuen, über dessen Zweckmässigkeit man noch nichts bestimmtes aussagen könne.

3) Herr Nissen berichtet über einen interessanten Sectionsbefund bei einem in der Sitzung dieses Vereins vom 1. April a. c. vorgestellten 8-jährigen Knaben mit der irrthümlichen Diagnose multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. (Conf. Prot. des Ver. St. Pet. Aerzte in Nr. 18 dieser Wochenschr.).

Die Diagnose war vom Ref. im Hinblick darauf gestellt worden, dass Pat. mit Ausnahme von Nystagmus so gut wie alle Symptome aufwies, welche bei der multiplen Hirn- und Rückenmarkssclerose im Kindesalter beschrieben worden sind: Beginn nach einer zu Weihnachten 1893 durchgemachten Diphtheritis mit monatelangem Erbrechen, Kopfschmerz und Convulsionen, denen sich ein apoplectiformer Anfall anschloss. Darauf Zurückbleiben von Schwäche in den unteren Extremitäten — speciell links mit Ausbildung von Spasmen und Contracturen

(beiderseits pes equinus); paretisch-spastisch-atactischer Gang — auch besonders links ausgesprochen. Uebergreifen der Schwäche ohne Rigidität auf die oberen Extremitäten, Intentionszittern. Graue Atrophie des Sehnerven, Ausbildung von Bulbärerscheinungen: scandirte Sprache und Atrophie der Lippen. Ferner ausserordentlich erhöhte Reflexe (Fussclonus). Fehlen von Sensibilitätsstörungen, vorübergehende (Oppenheim) Blasen- und Mastdarmstörung. Progredienter, lang andauernder Verlauf.

In der Differentialdiagnose konnte N. ausschliessen die Poliomyelitis ant. acuta, spastische Spinalparalyse, Friedreichsche hereditäre Ataxie, die cerebrale Kinderlähmung inclusive Encephalitis ac. — sowie von Gehirngeschwülsten einen wohl in Betracht zu ziehenden Tumor cerebelli, auf den der Beginn der Erkrankung mit monatelangem Erbrechen, Kopfweh und sich wiederholenden Krämpfen hinweisen konnte, ebenso wie der Befund am Augenhintergrunde und die mit der Parese und Contractur der unteren Extremitäten verbundene Ataxie (cerebellare Ataxie). Allein gegen einen Kleinhirntumor schien mit aller Entschiedenheit die 3½-jährige Dauer der Erkrankung zu sprechen.

Im klinischen Elisabethospital hatte Pat. die letzten 5 Monate vor seinem Tode verbracht. Das Allgemeinbefinden war, abgesehen von einzelnen scheinbar unmotivirten Temperaturerhebungen von ein- bis zweitägiger Dauer manchmal mit Erbrechen einhergehend, ein recht befriedigendes; Klagen über Kopfschmerz bestanden nicht, die Stimmung war im Allgemeinen etwas ernst, die geistigen Fähigkeiten durchaus nicht beeinträchtigt. Eine wesentliche Verschlimmerung machte sich geltend in der zunehmenden Schwäche und Rigidität der unteren Extremitäten. so dass Pat. bald nach seiner Aufnahme ins Hospital nur sitzen oder liegen konnte. — 3 Wochen vor seinem Tode stellte sich ein permanent anhaltendes Fieber ein zwischen 38—39°, ohne dass der Befund an Brust- und Bauchorganen eine Erklärung dafür abgab. Es trat Diazoreaction im Harn auf, Milzschwellung war nicht vorhanden. Die letzten 5 Tage wurde der Zustand ein benommener jedoch ohne Verlust der Besinnung und ohne Kopfschmerz, wie Pat. noch einen Tag vor seinem Tode angab; die so sehr erhöhten Reflexe nahmen immer mehr ab ebenso wie auch die Rigidität, abwechselnde Ungleichheit der Pupillen trat ein, sehr beschleunigter, aber regulärer Puls — und unter zunehmender Schwäche trat ohne vorhergegangene Krämpfe am 24. April a. c. der Tod ein.

Die zuletzt angeführten Symptome liessen auch im Hinblick auf die Diazoreaction an das Bild einer beginnenden Meningitis tub. denken als Terminalerscheinung des ganzen Krankheitsprocesses, jedenfalls deuteten aber das Benommensein und die Abnahme der Reflexe, der veränderte Puls bei weniger beschleunigter Athmung auf ein Zunehmen des intracraniellen Druckes — als Hydrocephalus int. hin.

Die Section wies normale Verhältnisse auf an den Organen der Brust- und Bauchhöhle. Die Eröffnung des Schädels ergab einen beträchtlichen Hydrocephalus int. mit ca. 600 ccm. Flüssigkeit in den erweiterten Hirnventrikeln. An der Basis des Gehirns fand sich eine beginnende tuberculöse Meningitis. Disseminirte Sclerose konnte weder am Gehirn noch am Rückenmark constatirt werden. Dagegen fand sich ein Tumor cerebelli, der so ziemlich die ganze linke Kleinhirnhemisphäre einnahm und auch den ganzen Wurm in seinen Bereich gezogen hatte. Dura und pia mater waren an dem ventralen Theil des Kleinhirns mit einander verwachsen; — die Knochentheile der hinteren Schädelgrube waren nicht tangirt. Die Geschwulst ist noch nicht mikroscopirt worden — scheint aber ein Sarcom zu sein.

Vortrag. weist darauf hin, dass dieser Befund im höchsten Grade interessant und belehrend ist: einmal wegen des relativ seltenen Vorkommens von Gehirnsarcom im Kindesalter, dann aber wegen der langen Dauer des Bestehens eines solchen Tumors mit den relativ geringen subjectiven End-Erscheinungen. Ueber den Beginn vor 3½ Jahren herrscht kein Zweifel, denn Pat. wurde damals eine Zeitlang stationär im Elisabethhospital vom Ref. behandelt, wobei nebst bestehendem Erbrechen und Kopfschmerz ein auffallend nasales Aussprechen des Buchstaben N ohne sichtbare Gaumensegellähmung — sowie die linksseitige Parese constatirt worden ist Um diese Parese gruppirten sich dann im Laufe der Zeit successive die übrigen Erscheinungen in einheitlichem Entwickelungsgang.

Sollte der Tumor sich aber als ein caseöser erweisen, was gleichzeitig die tuberculöse Meningitis leichter erklären würde, so müsste es noch auffallender sein, dass eine solche Geschwulst 3½ Jahre solitär (bei einem Kinde!) bestehen kann, auch ohne sonstige Allgemeinerscheinungen von Tuberculose zu veranlassen.

Lehrreich ist der Fall auch nach der Richtung, dass hier das Bild der multiplen Sclerose so vollständig vorgetäuscht worden ist. Es erregt berechtigten Zweifel, wie weit die 27 in der Literatur beschriebenen Fälle von Sclérose en plaques im Kindesalter mit nur einmaliger Section (wobei eigentlich eine mehr diffuse Sclerose gefunden wurde) wirklich richtige disseminirte Herdsclerosen waren, umsomehr als in verschiedenen Krankengeschichten das Fehlen zweier Hauptsymptome (Nystagmus und Intentionszittern oder scandirende Sprache) keine Seltenheit ist.

Westphal beschreibt einen «Irrthum in der Diagnose bei einem 9-jährigen Knaben, der das Krankheitsbild der multiplen Sclerose darbot», wobei die Section einen Tumor in der Gegend des III Ventrikels ergab. Als solcher Irrthum wird wohl auch der von Marie beschriebene Fall aufzufassen sein, da der 14-jährige Knabe, bei dem Charcot selbst die Diagnose Sclérose en plaques gestellt hatte, hernach als 20-jähriger Mann vollständig gesund war.

N. hebt als jedenfalls auffallend den Umstand hervor, wie selten oder eigentlich garnicht disseminirte (nicht diffuse!) Sclerose im Gehirn und Rückenmark bei Kindern selbst als zufälliger Sectionsbefund beobachtet worden ist. Ist daher nicht das Krankheitsbild, wie es im Kindesalter als multiple Sclerose gekennzeichnet wird, ein dem Erwachsenen nur mehr oder weniger nachconstruirtes?

In dem von N. beschriebenen Falle decken sich alle angeführten wichtigeren Symptome mit denen eines Kleinhirntumors vollständig, wobei einzelne Symptome, soweit es bekannt ist, auf Reizerscheinungen zurückzuführen sind (Erbrechen, Kopfschmerz, Convulsionen etc.), andere als Druckerscheinungen aufzufassen sind auf die Medulla obl., Pons, Corpp. quadr. — «Nachbarschaftssymptome», wie Oppenheim sie nennt (Schwäche der Extremitäten, Spasmen und Contracturen, Sprachstörung, Veränderungen des Augenhintergrundes). Die Ataxie schliesslich ist auf Affection des Kleinhirns selbst zurückzuführen und zwar aller Erfahrung nach auf Veränderungen im hinteren Theile des Vermis. Wie weit auch degenerative Zustände in den Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark als Folge des Kleinhirntumors eine Rolle spielen bei der Erklärung von Symptomen (z. B. Blasen- und Mastdarmstörung etc.) ist noch garnicht erforscht worden und dürfte vielleicht im vorliegenden Falle durch eine von Dr. Holzinger freundlichst in Aussicht gestellte mikroscopische Untersuchung einige Klärung finden. (Autoreferat).

Herr Moritz: Der isolirte Tuberkel des berichteten Falles bietet in der That einen ganz ungewöhnlichen Umfang dar.

Herr Nissen: Auffallend wäre es, dass sich keine Dissemination der Tuberculose an den Meningen vollzogen hat. falls nämlich der Tumor wirklich tuberculöser Natur sein sollte; der längere Bestand eines isolirten tuberculösen Herdes im Hirne ist bei Kindern eine sehr seltene Erscheinung.

In Vertretung des H. Hellat demonstrirt Herr Petersen einen Fall von Lepra maculosa an einem jungen Manne estnischer Nationalität. — Er stellt ein Anfangsstad. der Krankheit dar, was deutlich aus dem Umstande erhellt, dass um die anästetischen Hautpartien sich eine hyperästhet. Zone befindet. Diese Erscheinung spricht für eine rasch vor sich gehende Ausbreitung des Processes. Der Vortragende erwähnt, dass solche Fälle nicht ganz undankbare Behandlungsobjecte sind, weil sie, wie er mehrfach gesehen hat, bei grösseren und fortgesetzten Gaben von Na. salicylic. wenigstens temporäre Besserung aufweisen. — Schliesslich macht Referent auf ein Frühsymptom aufmerksam, welches neuerdings mehrfach beobachtet worden ist und welches auch an diesem Pat. in Erscheinung tritt, nämlich eine Vibration der Augenlider beim willkürlichen Schluss derselben, welche wohl auf einen Schwächezustand des M. orbicular. hinweist. Natürlich wird erst eine fortgesetzte Beobachtung dieses Symptomes, welches ja bei Nervenschwachen Personen häufig anwesend ist, ergeben, ob ihm bezüglich der Lepra etwas pathognomonisches zuzuschreiben ist.

Vermischtes.

— Dr. Grebner beginnt die 4. Wintersaison seiner Pension für Kinder an der Riviera, und zwar hat er dieselbe nach Juan les Pins, einen kleinen, inmitten eines Pinienwaldes zwischen Nizza und Cannes gelegenen Villenort übergeführt. Die weibliche Leitung der Anstalt hat Frau Dr. Boehling (St. Petersburg, Petersburger Seite, Karpowka 5) übernommen, die im Laufe des October mit einem Transport von Pfleglingen des Sanatoriums für Kinder unbemittelter Eltern, das ebenfalls unter Dr. Grebner's Leitung steht, nach Juan les Pins abreist. Der Transport wird von 2 Wärterinnen begleitet und geniesst das Privilegium von Warschau bis Cannes in einem Waggon zu fahren, bietet mithin eine bequeme Gelegenheit zum Anschluss anderer Pensionäre. Der Transport kehrt im Mai nach St. Petersburg zurück und geniesst 50% Ermässigung des Fahrpreises.

In die Pension werden Kinder mit und ohne Begleitung erwachsener Personen aufgenommen, vorwiegend scrophulöse

und an Knochen- und Gelenktuberculose leidende Kinder von **4 Jahren** an, aber auch rhachitische, anämische und zu Lungentuberculose disponirte. Ausgeschlossen sind Patienten, die an ausgesprochener Lungentuberculose, Infectionskrankheiten leiden und bettlägerig sind. Mehr als 15 Pensionäre werden nicht aufgenommen. Besonders hervorzuheben ist, dass selbstverständlich die Patienten für mindestens 3–4 Monate in die Anstalt zu schicken sind. Kürzer dauernder Aufenthalt kann bei so eminent chronischen Leiden nicht viel nützen. — Die Adresse von Dr. Grebner ist: Villa Tatjana, Juan les Pins, Riviera.

— S. Majestät der Kaiser hat auf den alleruntertänigsten Bericht des Oberdirigirenden der Kanzlei Sr. Kaiserlichen Majestät zur Entgegennahme von Bittschriften auf den Allerhöchsten Namen unterm 5. Juni 1897 Allergnädigst geruht, für den Fall, dass die Professoren der Universität Jurjew (Dorpat) Raehlmann (Ophthalmaloge) und Koch (Chirurg) den Dienst verlassen, ihnen seitens des Fiscus eine Pension von 800 Rbl. jährlich auszusetzen.

— Arztjubiläen. Im Laufe des verflossenen Sommers haben Dr. N. M. Akinfijew (Tiflis), ehemaliger Militär-Medicinalinspector des kaukasischen Militärbezirks, und Dr. Johann Nadeshdin (Kiew), zur Zeit des letzten türkischen Feldzuges Oberarzt eines temporären Militärhospitals, ihr 50-jähriges Jubiläum und der Gouvernements-Medicinalinspector von Wologda. Dr. Franz Ullrich das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit begangen. (Wratsch.)

— Zum Stadthaupt von Sewastopol ist der dortige Stadtarzt Dr. Mertwago gewählt worden.

— Für den Oberarztposten am Stadthospital in Odessa haben sich 11 Bewerber gemeldet, darunter aus St. Petersburg Dr. Selenkow (Consultant am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna) und Dr. Gorjanski (Ordinator am städtischen Alexanderhospital).

— Dem Arzt der Verwaltung der kaukasischen Mineralbäder, wirkl. Staatsrath Dr. Swjatlowski, ist vom Emir von Buchara der Orden des Goldenen Sterns I. Cl. verliehen worden.

— Für den durch die Verabschiedung Prof. Iwanowskis erledigten Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin an der militär-medicinischen Academie ist der Privatdocent der genannten Academie Dr. Kossorotow als einziger Bewerber aufgetreten.

— Wie der «Wratsch» aus sicheren Quellen erfährt, ist der Privatdocent der militär-med. Academie, Dr. Conrad Wagner, zum ausserordentlichen Professor der Diagnostik und klinischen Propädeutik an der Kiewer Universität designirt, an Stelle Prof. Lösch's, welcher im vorigen Semester seine Lehrthätigkeit in Kiew aufgab.

— Am 15. September haben die Vorlesungen an dem hiesiegen weiblichen medicinischen Institut begonnen. Von den 400 Frauen, welche sich zum Eintritt in das Institut gemeldet hatten, haben 165 Aufnahme gefunden. Die Mehrzahl der Zuhörerinnen ist aus der Provinz herübergekommen. 47 derselben haben die höheren weiblichen Curse, 17 die hiesige Roshdestwenski-Schule für Arztgehülfinnen und die übrigen weibliche Gymnasien und Institute absolvirt. Das Durchschnittsalter der Zuhörerinnen beträgt 24½ Jahr: die älteste ist 37 Jahre alt. Ihren Bekenntnissen nach sind 90% griechischer. 4% römisch-katholischer, und zu 3% lutherischer und jüdischer Confession.

— Verstorben: 1) Am 18. September in Warschau der ehemalige Chef der medico-chirurgische Academie, wirkl. Geheimrath Dr. Alexander Bykow, im 77. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie, an welcher er i. J. 1846 den Arztgrad erlangte, erhalten und war dann in verschiedenen militär-medicinischen Stellungen bis er 1875 zum Chef der med.-chirurg. Academie ernannt wurde, welchen Posten er 15 Jahre bekleidete. Im vorigen Jahre beging er sein 50-jähriges Jubiläum. 2) Am 13. September in Kiew einer der ältesten Aerzte Russlands Philipp Mislawski im Alter von 80 Jahren, an Kehlkopfkrebs. Der Verstorbene, welcher lange Zeit Militärarzt war, übte seit 1840 die ärztliche Praxis aus. 3) In Zarskoje Sselo der Ordinator des dortigen Hofhospitals Dr. Nikolai Goldsmith im 45. Lebensjahre. 4) Bei Gotha der frühere Prof. der Anatomie in Halle, Dr. Welcker, bekannt durch seine Forschungen über das Blut, im 75. Lebensjahre. 5) In Wien der berühmte Professor der gerichtlichen Medicin an der dortigen Universität, Hofrath Dr. Eduard Hofmann, 60 Jahre alt. Sein treffliches Handbuch der gerichtlichen Medicin hat die weiteste Verbreitung gefunden. 6) In London der bekannte Geburtshelfer, Prof. John Braston Hicks im Alter von 72 Jahren.

— Der Prof. der Chirurgie der Krakauer Universität, Dr. Rydigier, siedelt nach Lemberg, in gleicher Eigenschaft über; an seine Stelle tritt Prof. Obalinski.

— Unter dem Vorsitz Prof. E. v. Bergmann's hat sich eine «Berliner Rettungsgesellschaft» gebildet, die jedem Arzt das Recht gewähren wird, sich an den Aufgaben des Unternehmens zu betheiligen und das berliner Rettungswesen in einer dem allgemeinen Wohle, wie dem allgemeinen ärztlichen Interesse dienenden Weise regeln wird. Die Deputation für die städtischen Krankenhäuser hat bereits mit der neuen Gesellschaft einen Vertrag abgeschlossen, welcher die Möglichkeit eröffnet, vom 1. October d. J. ab in sämmtlichen öffentlichen Krankenhäusern Berlin's Hauptwachen der Gesellschaft einzurichten.

(Allg. med. C.-Ztg.)

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. October 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. October 1897.

Дозв. ценз. Спб. 4 Октября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St. Petersburg, 11. (23.) October 1897

Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege.

Von

Dr. H. Koppel.

Vortrag, gehalten auf dem livändischen Aerztetage in Pernau am 6. Juni 1897.

Da die meisten Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes untereinander im engsten Zusammenhange stehen, so hat man angefangen sie unter einem Gesammtnamen als Krankheiten der oberen Luftwege zusammenzufassen. Unter den gemeinsamen Krankheiten der oberen Luftwege sind bei weitem am häufigsten die catarrhalischen Erkrankungen. Ist aber schon im Allgemeinen der Ausdruck Catarrh ein recht unbestimmter, so ist er es bei den zu besprechenden Körperregionen noch ganz besonders und wird es, um Missverständnissen vorzubeugen, wohl angebracht sein kurz zu bezeichnen, welche Processe darunter zu verstehen wären.

Als Hauptsymptome der Schleimhautcatarrhe gelten Hyperaemie, Schwellung und vermehrte Schleimabsonderung. Diese Symptome bestehen in vollem Masse aber nur bei den acuten Catarrhen der oberen Luftwege.

Bei den chronischen Catarrhen kann eines oder können sogar zwei dieser Symptome fehlen.

Wir sprechen von einem hypertrophischen Catarrh der Nase oder des Rachens, wo die Schwellkörper der Nasenmuscheln oder wo die drüsigen Gebilde des Rachenraumes, die Gaumenmandeln, die Rachenmandeln, die Granula an der Pharynxwand nicht mehr nur geschwollen sondern, wo sie schon vollkommen hypertrophirt sind. Wir sprechen andererseits von einem atrophischen oder trockenen Catarrhe, wo von einer Schwellung und und Schleimabsonderung nichts mehr zu finden ist, wo im Gegentheil, sogar die Haut dünner, atrophischer geworden, wo die Schleimdrüsen viel weniger secerniren als normal.

In dem einen wie im anderen Falle zeigt die Bezeichnung uns mehr die Art und Weise der anfänglichen Erkrankung an, weist uns auf die Ursachen des bestehenden Processes hin, deutet uns an wie der muthmassliche Verlauf sein wird.

Da auch bei acuten Erkrankungen selten ein Abschnitt der oberen Luftwege für sich allein erkrankt sondern immer auch andere in Mitleidenschaft zieht, bei chronischer Erkrankung eines Theiles aber unbedingt auch andere, wenn vielleicht auch im geringeren Grade, mit erkrankt sind, so kann man auch bei einem ausgesprochen chronischen catarrhalischen Processe in einem Theile schon mit vollem Recht von einem chronischen Catarrhe der oberen Luftwege sprechen.

Bei der Körnchen-Bildung an der hinteren Pharynxwand möchte ich von einem chronischen Catarrh erst dann sprechen wenn diese Granula wenigstens halbe Erbsengrösse erreicht haben. Es fangen sich diese Granula schon nach acuten Catarrhen an zu bilden und vergrössern sich, ohne dass sie in den freien Zwischenpausen ganz zurückgingen, bei jeder neuen Attaque immer mehr und mehr. Die dabei sich zu gleicher Zeit vergrössernden Schleimdrüsen bringen eine stärkere Verschleimung des Halses aber erst hervor wenn die Granula ungefähr die eben angegebene Grösse erreicht haben.

Wie oft derartige chronisch-catarrhalische Erkrankungen der oberen Luftwege in einer Oertlichkeit vorkommen ist äusserst schwer festzustellen und ist das wohl auch der Grund, dass genaue Zahlenangaben hierüber sehr spärlich sind. Was da vorhanden ist, beruht mehr auf Abschätzung. Es sind die Erscheinungen nicht so beängstigend, dass die Kranken dadurch gezwungen würden ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Am häufigsten sind es noch die verschiedenen Complicationen die ärztliche Hülfe nöthig erscheinen lassen, wie hochgradigere Behinderung der Nasenathmung, stärkere Mandelvergrösserungen, die das Schlucken erschweren, Mandelabscesse, Aphonie u. s. w. Am ehesten könnte noch ein Arzt, der allein an einem Orte praktisirt oder ein ganz abgegrenztes Wirkungsgebiet hat allmählich einen genaueren Einblick in diese Verhältnisse gewinnen.

Weil nun einmal genaue Zahlen hier nicht zu erlangen waren, diese Erkrankungen besonders für die heranwachsende Jugend von grosser Bedeutung sein können, so habe ich versucht als einen kleinen Beitrag eine annähernde Schätzungsziffer für die Stadt Dorpat zu erhalten.

Der Kreis von Hülfesuchenden, der sich an die örtliche Universitätspoliklinik wendet ist sich in letzter Zeit mehr weniger gleich geblieben.

Man kann annehmen, dass die Leute in ungefähr gleich schweren Fällen sich an die Klinik wenden, daher konnte man hoffen wenigstens das Verhältniss zwischen den übrigen Leiden und den in Betracht kommenden zu ermitteln. Nach den Journälen der Poliklinik kamen auf die letzten 3 Jahre durchschnittlich fast genau 5000 Einzelpatienten pro Jahr und von diesen hatten wieder fast genau 1000 Patienten wegen catarrhalischer Erkrankungen der Luftwege Hülfe gesucht. Da es sehr schwer war die acuten, subacuten, chronischen und wiederangefrischte chronische Fälle auseinanderzuhalten, so habe ich sie alle zusammen gezählt. Von allen Erkrankungen der Luftwege kam wiederum ca. 1/5 auf die Erkrankungen der oberen Luftwege, es würden somit procentualisch ca. 20% von der Gesammtsumme auf catarrhalische Erkrankung der Luftwege und ca. 4% auf solche Erkrankungen der oberen Lufwege entfallen. Soweit mir aus der Ambulanz erinnerlich, sind die meisten Fälle chronisch oder Exacerbationen von chronischen Fällen.

Ferner habe ich im Winter 1896/97 zur Ermittelung der Ohrenbefunde, der Gehörschärfe, des Zustandes der Zähne und der oberen Athmungswege in verschiedenen Elementarschulen Dorpats über 900 Schüler und Schülerinnen im Alter 8—15 Jahren untersucht und möchte die diesbezüglichen Zahlen aus meinen Untersuchungslisten anführen. Ich habe meine Untersuchungen allerdings im Winter machen müssen während der Schlittenbahn, weil im Sommer das starke Wagengerassel auf den Strassen auch in die abgelegensten Räumlichkeiten, die mir zur Untersuchung zur Verfügung standen, hineindrang, es wird die Zahl der acuten Catarrhe in Folge dessen eine bedeutend grössere, als das im Sommer gewesen wäre, indem ich mich aber an die Hypertrophien des lymphatischen Ringes hielt, indem ich ferner die Befunde in Nase, Rachen, Kehlkopf und in den Ohren mit einander verglich, glaube ich doch in der Unterscheidung der acuten und chronischen Processe mich nicht viel geirrt zu haben.

Sieht man als in Bezug auf die Catarrhe als normal an einen Hals, wo die Gaumenmandeln nicht merklich aus dem Raume zwischen den Gaumenfalten hervorragen, eine Rachenschleimhaut, die nicht diffus geschwellt ist, über deren Oberfläche keine Granula hervorragen etc. so habe ich, wenn ich gerade 900 Fälle nehme unter dieser Anzahl von Schülern und Schülerinnen nur 31 solcher Fälle gefunden — also nur 3,3%. 96,7% hatten Catarrhe in den verschiedensten Stadien.

Sieht man aber, wie schon oben angeführt, als Zeichen eines chronischen Catarrhes erst stärker hervortretende Rachenmandeln und Gaumenmandeln, Hypertrophien an den Nasenmuscheln, mehr als halberbsengrosse Granula in der Rachenschleimhaut und die diffusen schon im Uebergangsstadium zu den trockenen Catarrhen stehenden und die trockenen Catarrhe selbst an, so muss ich im Ganzen 211 Fälle als mit chronischen Catarrhen behaftet bezeichnen oder ungefähr 24% von allen.

Die acuten Catarrhe sind bei meinen Fällen viel schwieriger zahlenmässig anzugeben, da wenn man von den kleinen Granulis absieht die acuten Hyperaemien von den acuten Catarrhen sehr schwer zu unterscheiden sind.

Es stammten die Kinder mit geringen Ausnahmen aus denselben Bevölkerungsklassen, wo auch die Wohnungsverhältnisse, die Nahrung und sonstige Lebensgewohnheiten ziemlich dieselben sind, so dass man sie ganz gut als einen in der Statistik verwerthbaren Theil dieser Bevölkerungsklasse ansehen kann.

Wie es in den besser situirten Kreisen Dorpats mit der Häufigkeit der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege bestellt ist, darüber fehlt mir jede irgendwie verwerthbare Zahlenangabe. Es müssten hier wohl auch grössere Mengen von Untersuchungen gemacht werden, wollte man irgendwelche Schlüsse daraus ziehen, da die Lebensweise der besser Situirten untereinander sehr verschieden ist. Eine besonders grosse Rolle spielt hier die Erziehung der Kinder. Während dieselben wohl im Allgemeinen zu ängstlich vor den Witterungseinflüssen gehütet und so verzärtelt. allen äusseren Einflüssen leichter zugängig gemacht werden, giebt es andererseits wieder Familien wo sie nach allen möglichen Methoden und Grundsätzen abgehärtet werden und man wohl ins andere Extrem verfällt. Thatsache scheint es mir aber zu sein, dass hier bei den Kindern der besser Situirten die catarrhalischen Affectionen in Nase, Rachen, Kehlkopf ungleich häufiger vorkommen als bei den ärmeren Klassen. Auch bei den Erwachsenen scheint das Verhältniss ein ähnliches zu sein, auch wenn wir von den professionellen Catarrhen der vielen Lehrer und Lehrerinnen absehen.

Wage ich für Dorpat summarisch über die Häufigkeit der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege schätzungsweise mein Urtheil abzugeben, so glaube ich, dass hier wenigstens 25% der Bevölkerung an solchen chronischen Processen leidet. In Wirklichkeit dürfte ihre Zahl wohl noch eine bedeutend grössere sein. Für Bremen taxirt Winkler[1]) die Zahl der Verdickungen des drüsigen Rachenringes bei den Kindern der ärmeren Volksklassen auf 9—10%.

Die Berichte aus den verschiedenen Specialambulatorien lassen sich hier als zu einseitig nicht verwerthen.

Als einigermassen einen Vergleich zulassend möchte ich die Zahlen Fremmerts[2]) über die Häufigkeit der acuten Bronchitiden im 4. medicinischen Hofbezirk in Petersburg aus der Zeit von 1891—1895 hier mit berücksichtigen. Es sind gegen äussere Einflüsse die Schleimhaut der Nase und des Kehlkopfes wohl viel empfindlicher als die Bronchialschleimhaut, abgesehen davon, dass sie allen äusseren Reizen viel mehr ausgesetzt sind. Man kann sicher annehmen, dass die Zahl der acuten Catarrhe der Nase, des Rachens und des Mundes eine wenigstens ebenso zahlreiche ist, wie die der Bronchien. Da ferner die schädlichen meteorologischen Reize in Petersburg, die einen acuten Catarrh hervorrufen, sich wohl recht oft wiederholen, jeder acute Catarrh durch häufige Exacerbation in einen chronischen übergehen kann, so kann man annehmen, dass die Zahl der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege daselbst wenigstens eben so zahlreich ist wie die der acuten Bronchitiden, besonders da noch Fremmert sagt, dass er in die Länge gezogene oder von neuem angefrischte Catarrhe immer noch zu den acuten gezählt hat.

Es kamen von allen Gesundheitsstörungen, bei denen ärztlicher Beistand gefordert wurde, ca. 18% auf die acuten Bronchialcatarrhe.

Berücksichtigen wir nun, dass von unseren poliklinischen Patienten nur 20% wegen catarrhalischer Erkrankung der Luftwege im Ganzen oder nach Abzug der Erkrankungen der oberen Luftwege, die Fremmert nicht mitzählt, nur 15% wegen acuter und chro-

[1]) Bresgen, Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Bd. I. Heft 2.

[2]) St. Petersburger med. Wochenschrift. 1896. Nr. 51 u. 52.

nischer Bronchitiden sich an den Arzt gewandt hat, so ist, bei der Voraussetzung, dass man sich in Petersburg wegen dieser Erkrankungen bei gleichen subjectiven Beschwerden an den Arzt wendet wie in Dorpat, wohl auch die Zahl der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege in Petersburg eine erheblich grössere als in Dorpat.

Die catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege kommen bei Erwachsenen, was eine directe Lebensgefahr anbelangt, nicht in Frage, für das kindliche Alter haben sie aber eine ganz andere Bedeutung. Auch hier zählen sie weniger zu den das Leben direct gefährdenden Momenten, haben aber, wie allgemein anerkannt, einen hervorragenden Einfluss sowohl auf die körperliche als auch geistige Entwickelung.

Da nun diese Krankheiten in der civilisirten Welt je höher nach Norden, desto häufiger werden, bei uns z. B. schon viel häufiger vorkommen als in Norddeutschland, in Petersburg wieder häufiger als bei uns, so müssten wir versuchen die für die Krankheit wichtigsten aetiologischen Factoren genau zu prüfen, ob ausser der Behandlung des Einzelfalles wir nicht durch einige allgemeine prophylactische Massregeln die Häufigkeit derselben etwas vermindern können, wir müssten untersuchen, welche der Ursachen derselben bei uns speciell am gefährlichsten sind und ob ausser den allgemeinen nicht noch gewisse locale Momente mit eine Rolle spielen.

Unter den allgemeinen Ursachen stehen an der Spitze die «Erkältungen» in der verschiedensten Form. sei es als Folge acuter Kälteeinwirkung bei plötzlichem Temperaturwechsel sei es als Folge längere Zeit einwirkender Kälte, besonders feuchter Kälte, oder sich oft wiederholender Reize in Form von Zugluft. Es kommen ferner in Betracht verschiedene mechanische Reize in Form von Staub etc., dann chemische Reize bes. bei den verschiedenen Gewerben. Es stehen noch an hervorragender Stelle die verschiedenen praedisponirenden Momente: wie schlechte Ernährung, unzweckmässige Erziehung, die zur Verweichlichung führt, Praedisposition zur Phthise, gastrische Störungen wie chronische Obstipation und Meteorismus, Herzfehler und noch verschiedenes andere. Ausser diesen allgemein anerkannten Gründen führt Moritz Schmidt noch den geringen Feuchtigkeitsgehalt der Luft an. «Der Feuchtigkeitsgehalt der Luft» sagt er, «hat einen grossen Einfluss sowohl auf die Entwickelung als auf die Andauer eines trockenen Rachencatarrhes. Die schlimmsten Fälle findet man bei den zur Zeit des Frühjahrs in unserer Gegend immer herrschenden trockenen Winden; bei Regenwetter oder an der See verschwinden die Beschwerden oft augenblicklich». «Laien sowohl wie auch die Aerzte sehen das gerne für eine durch Erkältung hervorgerufene Verschlimmerung des Leidens an».

Die mechanischen, chemischen sowie die inneren Ursachen der Catarrhe wirken wohl überall gleichmässig, werden wohl auch bei uns zur Steigerung der Zahl der Catarrhe nicht mehr oder weniger beitragen als anderswo. Da beim Sinken der allgemeinen Temperatur die Zahl der Catarrhe steigt, so muss der Hauptgrund des Steigens in Temperatur oder den damit in Verbindung stehenden meteorologischen Momenten liegen.

Wie der Vorgang bei einer Erkältung zu erklären ist, wissen wir vorläufig noch nicht genau, obgleich das zur Bekämpfung der Ursachen, die solche «Erkältungen» hervorrufen, von grosser Wichtigkeit sein könnte. Dass die Kälte an und für sich dabei jedesmal nicht direct einwirkt ist klar. Wenn jemand am Morgen beim Aufstehen nur paar Schritte mit unbedeckten Füssen auf der kalten Diele macht und darauf einen acuten Schnupfen bekommt, so kann das wohl nicht als eine directe Folge der Kältewirkung angesehen werden. Wir haben es dabei mit einer reinen Reflexwirkung, hervorgerufen durch die Kälte, zu thun. Man hat sich auf ähnliche Beobachtungen stützend das Wesen der Erkältungen in der Reflexwirkung sehen wollen.

Rossbach hat den Vorgang durch Experimente aufzuklären versucht, aber es ist ihm nur gelungen Bekanntes zu demonstriren. Er fand, dass wenn er z. B. Katzen kalte Compressen auf die Bauchhaut applicirte die Schleimhaut der Trochea stark erblasste, dass die Blässe nachher durch starke Erweiterung der Blutgefässe einer dunklen Röthe Platz machte. Wie das zu dem eigentlichen Catarrh führt, blieb immer noch dunkel. Man hat nun angenommen, dass in Folge der starken Gefässcontracturen die Gefässwand so leide, dass nachher die Durchlässigkeit für weisse Blutkörperchen und Serum hochgradig gesteigert sei und zu einer Schwellung der Schleimhaut führen könne. Man nahm ferner an, dass der sonst mit bactericiden Eigenschaften begabte Nasenschleim z. B. die Eigenschaften verlöre und nun die ja immer vorhandenen phatogenen Keime sich ungehindert entwickeln und eine eigentliche Erkrankung der Schleimhaut, den eigentlichen Catarrh hervorrufen könnten. Wie der Vorgang auch verlaufen möge, fest steht jedenfalls, dass eine grosse Zahl der acuten Catarrhe durch den Kältereiz reflectorisch erzeugt werden kann. Ich möchte aber nicht zugeben, dass die Kälte nur reflectorisch Catarrhe verursachen kann.

Bei uns müssen wir bei den starken Frösten auch einen von der Kälte direct veranlassten Catarrh unbedingt annehmen.

Die Nase muss die den Lungen zuzuführende Aussenluft vorwärmen. Nach verschiedenen Autoren wie Mackenzie, Kayser, Aschenbraudt und Bloch steht es fest, dass eine normale Nase die durchtretende Luft auf ungefähr 30—31° C. erwärmt. Je kälter nun die Luft ist, desto mehr Wärme entzieht sie der Nase. Für diese ihre Arbeit ist die Nase so vorbereitet, dass je grösser der Kältereiz ist, desto hyperaemischer die Nasenschleimhaut wird und desto enger die Luftpassage. Aber auch hier hat die Leistungsfähigkeit der Nasenschleimhaut eine Grenze. Ist die Wärmeentziehung zu gross oder dauert sie zu lange, ist die Temperatur eine zu niedrige, so unterliegt ebenso die Nasenschleimhaut, wie die Haut jedes anderen Körpertheiles bestimmten durch die Kälte verursachten Schädigungen. Nimmt man an, dass bei der reflectorischen Kälteeinwirkung die pathogenen Microorganismen ihre gefährliche Thätigkeit entfalten, so kann man es in solchen Fällen mit noch mehr Recht thun. Ist vielleicht der Rachenraum von der directen Wirkung verschont geblieben, so wird er von der Nase aus mitafficirt. Der natürliche Abfuhrraum für Alles Schädliche, was in der Nase producirt wird oder was von aussen allmählich dorthin gelangt, ist der Nasenrachenraum weil die Flimmerbewegung der Flimmerhaare der Nasenschleimhaut dorthin gerichtet ist, hier kann sich also der ganze Process noch mehr ausbreiten. Da die Winterkälte einen ähnlichen Reiz immer und immer wieder ausübt, so ist es klar, dass aus dem acuten bald ein chronischer Catarrh werden kann. Wir haben bei uns also neben den reflectorischen Kältecatarrhen auch unbedingt directe Kältecatarrhe der oberen Luftwege zu verzeichnen.

In ihren Beziehungen zu den chronischen Catarrhen scheinen die directen Kältecatarrhe bei uns von viel grösserer Bedeutung zu sein als die reflectorischen, ebenso unterscheiden sie sich von einander auch in Bezug auf die Prophylaxe.

Die reflectorischen Catarrhe sind mehr die Catarrhe der Verweichlichten. Wiederholen sie sich auch bei grösster Vorsicht immerhin oft genug, so ist der Reiz doch kein so beständiger wie der directe Kältereiz, er führt viel seltener zum Chronischwerden des catarrhalischen Processes. Man

kann sich solchen Erkältungen gegenüber durch zweckmässige Abhärtung sehr gut schützen. Diese reflectorischen Catarrhe mögen die Hauptrolle spielen in mehr wärmeren Gegenden, wie auch in Deutschland, wo der directe Kältereiz selten höhere Grade erreicht. Für uns sind entschieden wichtiger die directen Kältecatarrhe. Das sind die Catarrhe der grossen Mengen, diesen Catarrhen unterliegt auch der Wetterfesteste.

Diesen Catarrhen gegenüber können sich Leute, die gezwungen sind auch bei höheren Kältegraden im Freien zu verbleiben, auf keine Weise schützen.

Es müssten demnach auch die häufigsten chronischen Catarrhe der oberen Luftwege gerade bei denen gefunden werden die am meisten den directen Kältewirkungen ausgesetzt sind. Es müssten die Männer, die ja viel mehr mit den Witterungsunbillen zu kämpfen haben, viel häufiger an chronischen Catarrhen leiden als die Frauen und Kinder und doch ist es nicht so. In der That finden wir die chronischen Catarrhe bei den Kindern, wo sie am seltensten vorkommen müssten, am häufigsten. Es müsste ferner mit dem Aufsteigen der Kälte im Herbst auch zugleich die Zahl der Catarrhe steigen und im Frühling mit dem Fallen der Kälte fallen. Es müsste im Winter der Unterschied in der Häufigkeit der Catarrhe bei den Männern und Kindern besonders ein sehr grosser sein, da die Kinder am wenigsten von den Temperatursteigerungen zu leiden haben und die Männer am meisten, es verhält sich aber gerade umgekehrt, gerade im Winter erkranken die Kinder an solchen Catarrhen viel häufiger noch als die Männer. Sehr instructiv zeigen uns das die Zahlen die Fremmert in Petersburg gesammelt hat und die er in anschaulichen Tabellen und Curven mit den Temperaturunterschieden, Niederschlägen und relativer Luftfeuchtigkeit uns vorführt. Er hat versucht die Zahl der acuten Bronchialcatarrhe mit der Temperatur, mit der relativen und absoluten Luftfeuchtigkeit, mit der Zahl der Niederschläge und mit der Windrichtung und Stärke zu vergleichen um den Einfluss dieser einzelnen Factoren auf die Entstehung der Catarrhe zu prüfen. Es zeigt sich, dass die Zahl der Bronchitiden im Herbst wohl fast zusammen mit der zunehmenden Kälte steigt, im Frühling aber auch nach dem Fallen der Kälte noch längere Zeit hoch bleibt, also nicht ganz stimmt. Die relative Luftfeuchtigkeit steigt mit dem Kälterwerden und fällt beim Erwärmen der Luft, sie übt scheinbar auf die Zahl der Bronchitiden so gut wie keinen Einfluss aus, ebensowenig die Windstärke und Windrichtung.

Sehr wichtig scheint dagegen neben der Temperatur der Luft die Zahl und Höhe der Niederschläge zu sein. Die jeweilige absolute Feuchtigkeit der Athmosphäre hält Fremmert bei der Entstehung der acuten Bronchialcatarrhe für irrelevant.

Wir können nicht annehmen, dass solche Abweichungen von den angenommenen Ursachen willkürlich seien. Es muss noch eine nicht berücksichtigte Ursache vorhanden sein, und diese Ursache scheint mir in der zu grossen Trockenheit der Luft unserer Wohnungen im Winter zu bestehen. Es scheint mir im Gegensatz zu der Fremmert'schen Annahme, dass die absolute Feuchtigkeit der Luft bei der Entstehung der acuten Bronchitiden irrelevant sei, das Gegentheil der Fall zu sein, nämlich dass die absolute Luftfeuchtigkeit hier eine recht wichtige Rolle spielt.

Alle unsere Schleimhäute können nur in feuchtem Zustande intact functioniren. Ein Trockenwerden übt einen ebensolchen schädigenden Einfluss auf die Epithelschichten aus wie eine zu grosse Kälteeinwirkung oder irgend ein chemischer Reiz. Bei einer bis zu einem bestimmten Grade eingetrockneten Schleimhaut gehen die oberflächlichen Epithelzellen zu Grunde, werden abgestossen.

Es wächst mit der steigenden Temperatur die Feuchtigkeits-Capacität der Luft bedeutend, so dass eine relativ ganz gesättigte kalte Luft absolut immer noch bedeutend weniger Feuchtigkeit enthalten kann als eine wärmere wenn auch nur relativ halb gesättigte. Die freie Luft ist, wenigstens bei uns, selten so warm, dass sie die Temperatur der Ausathmungsluft schon bei der Einathmung hätte, sie muss in den oberen Luftwegen erst vorgewärmt werden. Es ist gewöhnlich auf dem Festlande die Luft für ihre Feuchtigkeitscapacität selten gesättigt, bei der Erwärmung sinkt aber noch der relative Sättigungsgrad, es muss solch eine Luft, damit sie nicht durch eine zu starke Feuchtigkeitsentziehung zu reizend auf die Bronchialschleimhaut wirke, bei der Vorerwärmung auch zugleich vorangefeuchtet werden. Diese Aufgabe hat ebenso wie die Vorwärmung die Nase zu besorgen. Unter normalen Verhältnissen leistet sie auch das von ihr geforderte.

Nach Kayser[3]) wird die Luft beim Passiren der Nase vollständig entsprechend der erlangten Feuchtigkeitscapacität, nach Bloch[4]) allerdings nur zu ²/₃ gesättigt. Ebenso aber wie bei der Vorerwärmung eine zu hochgradige Kälte, kann auch bei der Vorfeuchtung eine zu hochgradige Trockenheit der Luft, wenn sie längere Zeit auf die Nase einwirkt die Nasenschleimhaut schädigen, einen Catarrh hervorrufen. Es scheint mir noch ein grosser Unterschied darin zu sein, ob eine Luft von geringem absolutem Feuchtigkeitsgehalte kalt oder warm zur Einathmung kommt. Je kälter die Luft ist, desto weniger absolute Feuchtigkeit enthält sie, desto mehr reizt sie aber auch die Nasenschleimhaut welche auf den Kältereiz hin stark hyperaemisch wird, wobei das Schwellgewebe schwillt, die Passage für die Luft sich verengert, wobei aber auch die Schleimdrüsen bedeutend energischer anfangen zu functioniren, wie wir es bei uns ja oft bemerken können, dass in der Kälte die Nase plötzlich mehr flüssiges Secret liefert als uns lieb ist. Unter solchen Umständen kann sich die Luft ohne Nachtheil für die Nasenschleimhaut leicht mit Feuchtigkeit sättigen.

Ganz anders verhält es sich dagegen mit einer schon bei der Einathmung warmen Luft von geringem absolutem Feuchtigkeitsgehalte. Die Trockenheit der Luft an und für sich reizt unsere Nase nicht zu einer verstärkten Schleimproduction, die normaliter secernirte Schleimmenge genügt aber nicht zur Anfeuchtung der Luft. Es findet eine grössere Entnahme als Production von Feuchtigkeit in der Nase statt und die Folge ist, dass die Nasenschleimhaut, wenn wir länger in solcher Luft verweilen immer trockener und trockener wird, bis schliesslich wegen zu starker Austrocknung durch Zugrundegehen der Gewebszellen oberflächliche Epitheldefecte entstehen und jetzt nach der Art, wie es bei den reflectorischen Kältecatarrhen beschrieben, ein acuter Catarrh entsteht, der bei wiederholten ähnlichen Reizen chronisch werden, weiter auf den Rachen etc. sich fortpflanzen und die Lungen ihres natürlichen Schutzes berauben kann, wobei dann auch Lungencatarrhe nicht ausbleiben.

Sehen wir nun, in wiefern die Luft in unseren Wohnungen den an dieselbe gestellten Anforderungen an absoluter Feuchtigkeit entspricht.

Im Sommer bleibt der Luftfeuchtigkeitsgehalt wohl im Hause derselbe wie draussen. Dieser Zustand ändert sich gleich, sobald wir im Herbste genöthigt werden

[3]) R. Kayser: Bedeutung der Nase für die Athmung etc. Archiv für Physiologie. 1887.

[4]) E. Bloch: Untersuchungen zur Physiologie der Nasenathmung. Ztschr. für Ohrenheilkunde 1888. 3 und 4.

mit der Heizung zu beginnen. Beim Bau der Häuser wird streng darauf gesehen, dass durch die Capillarität der Wände aus dem Erdboden keine Feuchtigkeit angesogen werden kann. Beim Beziehen einer Wohnung muss dieselbe schon trocken sein. Ist nun ein Haus, welches gut gebaut ist, schon einige Jahre bewohnt gewesen, so ist es auch schon vollständig ausgetrocknet Die betreffenden Baumaterialien enthalten keinen Ueberschuss an Feuchtigkeit mehr, der normale Feuchtigkeitsgehalt ist aber so fest an die Materialien gebunden, dass bei der in der Wohnung vorkommenden Temperatur nichts mehr davon durch die Luft entzogen werden kann. Beim Heizen strömt die kalte wenig absolute Feuchtigkeit enthaltende Aussenluft in die Wohnung, wird hier wohl erwärmt, erlangt eine bedeutend höhere Feuchtigkeitscapacität, kann sich aber nicht entsprechend sättigen, sondern bleibt gleich trocken. Je kälter die Luft draussen gewesen, desto trockener ist sie.

Je länger wir nun ohne Zwischenpausen in solch einer Luft bleiben, desto grösser muss der Reiz sein, der dadurch auf die Schleimhäute unserer Luftwege ausgeübt wird.

Betrachten wir nun nach diesen Ausführungen wieder die Tabellen und Curven Fremmerts, so sieht man, dass sie im hohen Grade diese Voraussetzungen bekräftigen.

Im Sommer, wo Erwachsene wie Kinder die Luft von demselben Feuchtigkeitsgehalte einathmen ist die Zahl der acuten Bronchitiden bei beiden relativ gleich. Sobald aber beim Eintritt der Kälte die Heizung beginnt, und die Kinder mehr auf die Wohnräume allein angewiesen sind, wenig in die Aussenluft kommen und nur auf relativ kurze Zeit, steigt auch die Zahl der acuten Bronchitiden der Kinder über die der Erwachsenen und bleibt während der ganzen Zeit der künstlichen Erwärmung der Wohnräume auffallend hoch. Es kamen jährlich im Beobachtungsbezirke Fremmerts Allgemeinerkrankungen pro Kind 2,7, pro Mann 2,9 und pro Frau 3,4, acute Bronchialcatarrhe dagegen pro Kind 0,75, pro Mann 0,49 und pro Frau 0,46.

Ziehen wir in Betracht, wie viele schädliche Einflüsse bes. bei den Männern die Entstehung solcher Catarrhe begünstigen, wie z. B. das Rauchen, die verschiedenen Amtsverpflichtungen, die directen Kältereize auf der Strasse etc. so sehen wir, dass der beständige Reiz der zu trockenen Einathmungsluft doch immer noch viel stärker gewesen ist als alle die anderen zusammen. Berücksichtigt man auch, dass die Kinder den Reizen gegenüber viel empfindlicher sind als die Erwachsenen, so ist doch die Zahl der Erkrankungen eine soviel grössere, dass sie allein dadurch kaum verursacht sein kann.

Auch der Umstand, dass die Zahl der Bronchitiden im Herbst mit der Kälte zusammen beginnt, im Frühjahr dagegen noch einige Zeit nach dem Aufhören der Kälte fortdauert scheint mir für die schädliche Wirkung der zu trockenen Wohnungsluft mit beweisend zu sein. Man beginnt im Herbst im Allgemeinen bei viel niedrigeren Temperaturen mit der Heizung als man im Frühjahr aufhört.

Es sind im Herbst beim Eintritt der kühleren Tage die Hausmauer und der Erdboden noch warm, sie lassen während der Nächte die Luft weniger abkühlen, erhalten die Luft in den Wohnungen durch Wärmeabgabe mehr gleichmässig warm.

Im Frühling dagegen, wenn auch schon die Tage wärmer geworden sind, sind doch die Hausmauern sowohl als auch der Fussboden noch sehr kalt, es steckt ausserdem vom Winter her die Angst vor der Kälte einem noch so in den Gliedern, dass man viel länger mit dem Heizen fortfährt, als die Aussentemperatur es unbedingt verlangte. Die Luft in den Wohnungen bleibt trocken und, die Catarrhe der Kinder besonders dauern noch länger an.

Die hierbei in Betracht kommenden häufigen Temperaturschwankungen im Frühling müssten wohl ihren Einfluss mehr bei den Männern und Frauen äussern als bei den Kindern, die davon in den Wohnungen ja fast ganz verschont bleiben, was man aber nach den Zahlen nicht merkt.

Betrachten wir die grössere Häufigkeit der Catarrhe der oberen Luftwege bei den besser situirten Kreisen im Verhältniss zu der ärmeren Bevölkerung in Dorpat, so scheint mir auch hier der Grund nicht allein in der grösseren Abhärtung der ärmeren zu sein, die ja wohl auch eine grosse Bedeutung hat, sondern zum grossen Theil auch in den Wohnungsverhältnissen. Die ärmere Bevölkerung kocht meistentheils ihre Speisen im Zimmer in einem Kamin, oder wo das nicht der Fall ist, sind immer verschiedene Gefässe mit Flüssigkeiten in dem Wohnraume, es kann die Luft sich relativ leicht mit Feuchtigkeit versehen. Bei den wohlhabenderen dagegen kann die Lufttrockenheit in vollem Masse ihre schädlichen Einflüsse ausüben und so besonders eine grössere Häufigkeit der Catarrhe bei den Kindern hervorrufen.

Fassen wir zum Schluss noch die Gründe kurz zusammen so müssten wir sagen, dass neben allen anderen Gründen der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege in den nördlichen Gegenden die zu trockene Luft der Wohnräume während des Winters eine der Hauptursachen dieser Catarrhe ist. Es ist das aber ein Umstand den man ändern kann, der nicht ebenso wie die niedrige Temperatur ausser unserer Machtsphäre liegt. Bei der grossen Bedeutung dieser Catarrhe für die Entwickelung der Kinder müssen wir versuchen alles zu thun um hier Abhülfe zu verschaffen. Bei den Anlagen von Heissluftheizung hat man den Gefahren der zu trockenen Luft vorbeugen wollen, indem man die erwärmte Luft vor dem Eintritt in die Wohnräume mit dem nöthigen Quantum Feuchtigkeit versah, beim Bau unserer Häuser muss schon bei der Anlage der Oefen und Ventilationseinrichtungen unbedingt darauf Rücksicht genommen werden, dass die Wohnung nicht allein mit der nöthigen Menge frischer Luft versorgt wird, sondern auch, dass diese Luft hinreichend mit Feuchtigkeit versehen werden kann, dass sie uns nicht trotz ihrer Frische wegen ihrer zu grossen Trockenheit Schaden bringe. Unsere Pflicht bleibt es die Baumeister und Hausbesitzer auf dieses wichtige Postulat aufmerksam zu machen.

Referate.

Rumpf (Professor): Ueber die Behandlung der mit Gefässverkalkung einhergehenden Störungen der Herzthätigkeit. Berliner klin. Wochenschrift. NNr. 13 u. 14.

In der Behandlung chronischer Erkrankungen des Herzmuskels gilt die Erleichterung der vom Herzen zu leistenden Arbeit, als die erste Aufgabe einer rationellen Therapie. Es kommen vor Allem in Betracht:

Körperliche Ruhe, Verminderung der Nahrung bis auf das geringste Mass des Nothwendigen. Unter den Nahrungsmitteln, welche zur Beschränkung der Ernährung bei chronischen Herzkranken in Betracht kommen, steht die Milch obenan. Man erzielt häufig äusserst günstige Resultate, wenn man die Nahrung auf $^{3}/_{4}$—1 Liter pro Tag beschränkt, jedoch lässt sich eine derartige Ernährung nur kurze Zeit durchführen. Andererseits gestalten sich die Resultate viel weniger günstig, wenn die Milch in der zum Leben eben genügenden Menge eingeführt wird. Verfasser hatte häufig den Eindruck, dass diese Diät einzelnen Patienten schlechter bekam, insbesondere waren es Fälle von Herzinsufficienz, welche mit Verkalkung der Gefässe einhergingen oder auf dieser beruhten. Es drängt sich somit die Frage auf, ob die Milch als geeignetes Nahrungsmittel für derartige Erkrankungen betrachtet werden kann. Neben dem Eiweiss und Fett hat die Kuhmilch 0,35—1,21%

Salze. Von den Salzen sind aber 22,4% Kalk und 2,59% Magnesia. Aus diesen Werthen ergiebt es sich, dass 1 Liter Kuhmilch durchschnittlich 1,58 Kalk enthält. Ein Erwachsener würde mit 2 Liter Milch im Stoffwechselgleichgewicht im Mittel pro Tag 3,16 Kalk erhalten; bei 2715 ccm. Milch erhöht sich die Kalkeinfuhr auf 4,289. Es muss nun entschieden werden, ob diese reiche Zufuhr von Kalk erwünscht oder gleichgültig sei. Bekanntlich ist der Darmkanal das wesentlichste Ausscheidungsorgan für den Kalk, und da im Stuhl Werthe, welche der in der Milch eingeführten Kalkmenge entsprechen, bisher nicht gefunden sind, so muss man eine Resorption von Kalk annehmen. Bei einem 19-jährigen Mädchen, welches wegen ulcus ventrikuli auf Milchdiät gesetzt war, constatirte Verf., dass eine Zurückhaltung von Kalk im Körper stattgefunden hat. Berücksichtigt man, dass im Alter nicht allein Gefässverkalkungen sehr häufig sind, sondern auch die Knorpel Neigung zur Verknöcherung haben, so ist es denkbar, dass im Alter eine Kalkablagerung in die Gewebe besonders leicht erfolgt. Verfasser versuchte in Folge dessen eine kalkarme Nahrung bei den erwähnten Krankheitszuständen zu verabfolgen; er stellte folgenden Speiszettel zusammen:

250 g. Fleisch	= 0,075 CaO.	
100 g. Brot	= 0,15	»
100 g. Fisch	= 0,04	»
100 g. Kartoffeln	— 0,03	»
100 g. Aepfel	= 0,02	»
	0,315	

Durch diesen Speisezettel ist die Kalkeinfuhr fast auf den 10. Theil gegenüber der Milch reducirt. An Stelle von Aepfeln kann man auch die gleiche Menge grüner Bohnen, Gurken oder grüner Erbsen geben; dagegen sind sehr kalkreich — Käse, Eier, Möhren, Spinat, Kohl. Auch die Ausscheidung der Kalksalze aus dem Körper kann nach Verf. beeinflusst werden, hier kommen Diuretica in Betracht und namentlich die Natronsalze der organischen Säuren. Ein 51-jähriger Patient mit Cor bovinum und Insufficienz des Herzens, bei welchem innerhalb 14 Tagen drei Mal der Gebrauch von 1 g. Digitalis nothwendig geworden war, erhielt bei dem nächsten Rückgang der Urinausscheidung (5 Tage nach Aussetzen von Digitalis) folgendes Präparat:

Natr. bicarbonicum
Natr. citricum āā 45,0
Natr. chlorat 10,0

divid. in pulv. aeq. № X. S. Täglich 1 Pulver; die Urinausscheidung stieg dauernd an und betrug am 6. Tage schon 2250 cm³. Die Untersuchungen des Verfassers, bei welchen der Kalkgehalt des Urins und des Stuhles bestimmt wurden, zeigten, dass die Kalkausscheidung therapeutisch beeinflusst werden kann und dass es gelingt, durch geringe Einfuhr kalkhaltiger Nahrung bei erhöhter Ausscheidung eine Verminderung des Kalkgehaltes des Körpers zu erzielen. Die Kalkausscheidung erfährt eine Erhöhung durch die Einfuhr von Salzsäure und Milchsäure, ferner durch die Einfuhr von Natriumsalzen in organischer Bindung. Am höchsten stellt sich aber die Kalkausscheidung bei gleichzeitiger Einfuhr von milchsaurem Natrium und Milchsäure. Verf. hat 12 Fälle, bei welchen degenerative Processe an den Gefässen — Verkalkungen derselben mit schweren Störungen der Herzthätigkeit — vorhanden waren, mit kalkarmer Diät und Milchsäure behandelt, — die Erfolge waren günstige. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen von Dr. Robert Tigerstedt, Professor der Physiologie am karolinischen medico-chirurgischen Institut in Stockholm. I. Band. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. 1897.

Wenn Referent, als Laie auf physiologischem Gebiet, es unternimmt, dieses Buch anzuzeigen und zu beurtheilen, so geschieht das auf Grund folgender Erwägungen. Die Physiologie ist das Fundament, auf dem die gesammte medicinische Wissenschaft ruht, und daher giebt es Niemand unter uns — sei er als praktischer Arzt oder als klinischer Lehrer oder als Experimentator auf irgend einem Specialgebiet der Biologie thätig — der nicht täglich und stündlich praktische Physiologie triebe. Dabei suchen wir nicht nur aus dem Schatz des Erlernten positive Lehrsätze für unsere speciellen Zwecke zu verwerthen, sondern sind häufig auch in der Lage Angesichts unerwarteter oder neuer Beobachtungen am Kranken oder Versuchsthier physiologische Hypothesen auf ihre Berechtigung zu prüfen und zu berichtigen, unsere Wahrnehmungen in Zusammenhang mit anderen Lebenserscheinungen zu bringen, d. h. sie physiologisch zu erklären; dabei fällt denn zuweilen auch neues Licht auf physiologische Fragen. Diese fortwährenden Wechselbeziehungen zwischen der Physiologie und allen andern medicinischen Disciplinen erhalten in uns — auch wenn wir uns an der speciellen physiologischen Methodik nicht activ betheiligen — wenigstens das Verständniss für die Ergebnisse physiologischer Forschung wach und geben uns wohl ein gewisses Recht, darüber zu urtheilen, in wieweit ein neues Lehrbuch seiner Aufgabe gerecht wird, das physiologische Gesammtwissen in einem gegebenen Zeitpunkt in seinen Hauptzügen zu fixiren.

Die Aufgabe ist eine sehr schwere, nicht nur wegen des ungeheueren Umfanges des zu prüfenden, zu sichtenden und klar zu gruppirenden Materials, sondern namentlich auch wegen der täglich und stündlich neu erarbeiteten Thatsachen, die auf ihren bleibenden oder vergänglichen Werth schnell zu prüfen eine aussergewöhnliche Kritikfähigkeit erfordert.

Dem Referenten ist es eine besondere Freude zu constatiren, dass das Buch von Prof. Tigerstedt in jeder Beziehung mustergültig ist. Was zunächst den Inhalt betrifft, so werden die feststehenden Lehrsätze nicht nur hergezählt, sondern immer auch begründet und in organischen Zusammenhang mit andern biologischen Thatsachen und auch klinischen Beobachtungen gebracht. Hypothetisches unterwirft T. einer objectiven ruhigen Beurtheilung und spricht seine persönliche Meinung klar und bestimmt aus. Specialcollegen werden dabei wohl hier und da mit ihm rechten — auch hier giebt es ja quot capita tot sententiae — wir Aerzte, für die das Buch ja vorwiegend bestimmt ist, können nur die sachliche Kritik dankbar acceptiren. Besonders anzuerkennen ist, dass überall die Lücken unseres Wissens genau bezeichnet werden. Das macht die Lectüre des Buches ausserordentlich anregend, denn nichts regt so zum Forschen an, wie eine präcise Fragestellung. Historisches wird nur spärlich mitgetheilt — das liegt ja auch nicht im Rahmen eines Lehrbuches. Die zahlreichen und äusserst interessanten Excurse in das Gebiet der Physik, Botanik und Zoologie dienen nicht als Beiwerk, um die ausserordentlich grosse Belesenheit des Autors zu zeigen, sondern sind zur Förderung des Verständnisses mit dem Ganzen organisch verbunden. Hier, wie bei der Besprechung der physiologischen Untersuchungsmethoden und überall ist ein zu viel ebenso taktvoll vermieden wie ein zuwenig.

Sehr zu rühmen ist auch die ausgezeichnete Sprache des Buches. Keine schwülstigen Perioden, keine zerhackten Sätze, keine unklaren Andeutungen beeinträchtigen den Genuss der Lectüre. Jeder Gedanke ist in knappe und absolut klare Worte gefasst, jeder Satz enthält einen nicht misszuverstehenden Gedanken. Es giebt nur wenige medicinische Bücher, von denen man dasselbe sagen kann.

Die Inhaltsübersicht des vorliegenden I. Bandes zeigt folgende Hauptabschnitte: Allgemeine physiologische Methodik, die Elementarorganismen, die chemischen Bestandtheile des Körpers, der Stoffwechsel und die Ernährung, das Blut, der Kreislauf des Blutes, die Verdauung, die Aufsaugung, die Athmung, die Gewebsflüssigkeit und ihre Bewegung, die Wechselwirkung der Organe im Thierkörper, der Abbau der Nahrungsstoffe im Körper, die Ausscheidungen des Körpers, die Körpertemperatur und ihre Regulirung.

Die Ausstattung des Buches ist eine wahrhaft vornehme.

Referent steht nicht an, das Tigerstedt'sche Buch, das ihm die Recensentenpflicht zu einem Vergnügen gemacht hat, als dasjenige zu bezeichnen, das besser als alle übrigen neueren Lehrbücher der Physiologie nach Inhalt und Form den Bedürfnissen der Aerzte jeder Specialität Rechnung trägt und es würde ihn freuen, wenn diese Zeilen zu seiner weiten Verbreitung beitragen sollten.

Der II. Band soll, wie wir hören, im Laufe dieses Winters erscheinen. W.

Th. Kocher: Chirurgische Operationslehre. 3. Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1897.

Die Kocher'sche Operationslehre ist in kurzer Zeit so bekannt und anerkannt worden, dass es nicht nöthig ist, Angesichts der neu erschienenen Auflage wieder auf seine berechtigten Eigenthümlichkeiten näher einzugehen. Wir haben das schon bei der Besprechung der beiden ersten Auflagen gethan.

In der 3. Auflage finden sich in grosser Zahl auch Operationsmethoden anderer Autoren angeführt. Für Ref. ist es speciell eine Genugthuung gewesen, dass u. A. Neudörfer's Verdienste um die Amputationstechnik gebührend gewürdigt worden sind.

Es kann wohl kaum ein praktisch thätiger Chirurg heutzutage die Kocher'sche Operationslehre entbehren. Eine weite Verbreitung ist ihr daher sicher. Wanach.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 18. December 1896.

1. Dr. Radecki demonstrirt 2 von ihm nach der Methode von Veit-Doyen entfernte Uterusfibrome.
2. Dr. Rulle verliest den angekündigten Vortrag «Bemerkungen zur Behandlung des Typhus abdominalis».

Auf Grund eingehender theoretischer Erörterungen gelangt **Vortr.** zu dem Schluss, dass beim Typhusprocess die Einwanderung und Vermehrung der Krankheitserreger im Darmrohre sich abspielen, dass aber die Entstehung der specifischen Toxine und damit die Intoxication des Organismus im Venenblut stattfinde und von hier ihren Ausgang nehme. Ein ideales Curverfahren müsse daher nach 3 Richtungen wirksam sein: einmal gegen die Proliferation des Krankheitserregers, zweitens gegen die weitere Entstehung der Toxine und drittens gegen die bereits eingetretene Intoxication sich richten. Vortr. bespricht die Bäderbehandlung, sowie die Calomeltherapie und die von Fraenckel inaugurirte Serumbehandlung des Typhus von diesen Gesichtspunken aus und berichtet anschliessend, dass er in 5 Fällen einen sehr günstigen Einfluss und augenscheinliche Abkürzung der Erkrankungsdauer von der Anwendung kalter Darmeingiessungen gesehen habe, deren Wirkungsweise er gegenüber der der kalten Bäder eingehend erörtert: dieselbe bestehe weniger in der Wärmeentziehung, als vielmehr in der Reinigung des Darmtractus und reflectorischer Aenderung der Circulationsverhältnisse in demselben.

Dr. Hampeln: Man könne sich noch immer nicht genügend vom Begriff der Krankheit als einer Entität emancipiren. Derselbe sei in seiner alten Bedeutung gegenwärtig nicht mehr festzuhalten; die Krankheiten seien nur als Ausdruck veränderter Lebensbedingungen entsprechend veränderte Lebenserscheinungen aufzufassen, wie auch die von der Klinik aufgestellten Krankheitstypen nur als Fixirung besonders häufig und besonders constant vorkommender Combinationen solcher. Das gelte auch vom Fieber, das ebenfalls als feststehender Begriff nicht haltbar und daher mit Unverricht vielleicht am besten als solcher aufzugeben sei. Bezüglich der Frage, wie man sich therapeutisch zum Fieber zu stellen habe, breche sich mehr und mehr die Ansicht Bahn, dass das Fieber als Reaction des Organismus auf die Einwirkung der Krankheitsnoxe aufzufassen und daher eher etwas der Erhaltung des Lebens unter den gegebenen Umständen Günstiges sei, dass daher eine Herabsetzung desselben principiell zu verwerfen sei. Dennoch spräche die Empirie speciell beim Typhus für ein temperaturherabsetzendes Regime, aber nur in soweit, als dasselbe den Organismus vor einer excessiven Reaction und damit verbundenen Erschöpfung seiner Kräfte bewahre. Seiner Erfahrung nach genüge für den Organismus eine Temperatur von durchschnittlich 39° zur Erhaltung des Lebens und zur Ueberwindung der Typhusnoxe. Excessive Temperaturen bedeuten eine individuelle erhöhte Reizbarkeit, die auf die Noxe in quantitativ übertriebener Weise reagire. In dieser Beziehung, nicht in der früher üblichen Absicht einer Temperaturherabsetzung á tout prix, habe sich ihm das kalte Bad bewährt und möchte er es bei der Typhusbehandlung nicht entbehren. Die methodische Anwendung kalter Klysmen beim Typhus sei bereits früher proponirt und — seiner Ansicht nach mit Recht — wieder verlassen worden. Dasselbe gelte von der permanenten Darmirrigation. Beide Methoden können mit dem kalten Bade nicht concurriren. Sehr brauchbar seien kalte Klysmen zur Reinhaltung des Darms und beim Meteorismus der III. Woche und möchte er sie nur für diese Fälle reservirt wissen.

Bei bestehender Darmblutung halte er die Anwendung kalter Klysmen für riskirt, ohne jedoch principiell die Blutung als stricte Contraindication derselben aufstellen zu wollen.

Dr. Rulle: Die Theorie räume dem Organismus als solchem in der Frage des Fiebers eine zu aparte Stellung ein. Das Wesen des Fiebers sehe er lediglich in der vermehrten Wärmebildung und da Wärme nur durch chemische Processe entsteht, so kommen für die Frage des Fiebers die vitalen Kräfte des Organismus nicht in Betracht. Bezüglich der kalten Klysmen fügt er hinzu, dass die Wirkung derselben je nach Volum und Temperatur verschieden sei: Kleine, sehr kalte Klysmen hätten eine allgemeine sedative Wirkung bei Aufregungszuständen, Schlaflosigkeit etc., während grössere, von mässig kühler Temperatur mehr auf die Circulation im Darmkanal wirkten.

Dr. Miram richtet an Dr. Hampeln die Frage, ob im Krankenhause schon Versuche mit dem Typhotoxin gemacht seien!

Dr. Hampeln: Nein, er halte die Frage auch noch nicht für genügend weit gediehen, um schon zu praktischen Versuchen zu schreiten.

Dr. F. Berg fragt, welcher Art der Bäder Dr. Hampeln in der Typhusbehandlung den Vorzug gebe?

Dr. Hampeln bevorzugt im Allgemeinen die kühlen Bäder gegenüber den lauen mit allmählicher Abkühlung. Die zu wählende Temperatur sei individuell verschieden, er sei sogar gelegentlich schon bis zu 15° R. herabgegangen, das Optimum sei seiner Erfahrung nach 20—22° R.

Die neuerdings von Eichhorst empfohlenen protrahirten Bäder (ca. 3 Stunden bei 26—27° R.) habe er in einigen Fällen versucht und sei im Allgemeinen mit den Resultaten nicht unzufrieden, besonders bei unruhigen Kranken. Bei anderen Infectionskrankheiten habe er zur Anwendung kühler Bäder keine Veranlassung gehabt.

Dr. H. Schwartz;
d. Z. Secr.

Sitzung vom 15. Januar 1897.

1, Mittheilung Dr. v. Holst's über den Beschluss der Errichtung einer Abtheilung für syphilitische Kranke am städtischen Krankenhause und über eine temporäre Einrichtung zur Aufnahme solcher Kranker.

2. Dr. v. Krüdener demonstrirt einen Fall von Sarcom der Iris.

Dr. Zwingmann, der den Fall gleichfalls untersucht, bemerkt unter Demonstration einer von ihm gefertigten Zeichnung, er halte es für wahrscheinlicher, dass der Tumor nicht der Iris entspringe, sondern secundär dieselbe durchwuchert habe und dass sein Ursprungsort der Winkel der hinteren Kammer resp. der Ciliarkörper sei. Das entspräche auch der aus der Literatur sich ergebenden Prädilection der Sarcome für diese Gegend. Primäres Sarcom der Iris sei enorm selten.

Dr. v. Krüdener: Seiner Ansicht nach liege der Tumor in der Iris, die er in der Nähe des Iriswinkels nach vorne durchsetzt. Der temporale Theil der Linse sei etwas nach hinten gedrängt, am Ciliarkörper seien keine Fremdmassen zu entdecken, derselbe sei völlig normal, die Linse in der Nähe des Ciliarkörpers nicht trüber.

Dr. Zwingmann hält den Ciliarkörper an der betreffenden Stelle nicht für völlig normal. Er habe bei der Untersuchung dort die Ciliarfirsten nicht sehen können.

3. Dr. Eliasberg (als Gast) hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Gehirnlocalisation (Progressive Paralyse bei einem 56 jährigen Luetiker. Linksseitige homonyme Hemianopsie, linksseitige periodische Déviation conjugée, Sitz der Läsion in der Gegend des rechten Occipitallappens angenommen).

Der Fall wird anderweitig veröffentlicht werden.

Dr. Schönfeld hat den betreffenden Kranken ebenfalls nur wenige Tage vor dem Tode gesehen und begründet ausführlicher seine Auffassung des Falles als progressive Paralyse. Die Blutung betraf, soweit er sich erinnert, auch den Scheitellappen.

Dr. Dahlfeld: Es wäre interessant, einen Bericht über den Sectionsbefund zu haben, da doch von grosser Wichtigkeit sei, wie stark die Blutung gewesen; ob es sich nur um eine dünne subpiale Blutschicht oder um eine grössere, eventuell raumbeschränkende Blutung gehandelt habe. Die mit der Hemianopsie in Verbindung gebrachten Rindengebiete lägen im Innern des grossen sagittalen Hirnspaltes verborgen, im Gebiet des Cuneus und Lobus lingualis, nicht an der Oberfläche der Angularwindung und sehe er dieselbe durch die vom Vortr. angeführten «linsengrossen» Blutungen im Gebiet des Gyrus angular. nicht für ausreichend erklärt an. Ausserdem sei der Fall mit Glykosurie und Albuminurie complicirt gewesen und daher nicht rein genug, um für die Lehre von der topischen Diagnostik mit Sicherheit verwerthet zu werden.

Dr. Eliasberg: Die Glykosurie müsse in diesem Falle schon sehr lange bestanden haben, wofür der ophthalmoscopische Befund einer Retinitis punctata (Hirschberg) spräche und könne mit den terminalen Erscheinungen kaum etwas zu thun haben. Der Wortlaut des Sectionsprotokolls sei: «An der äusseren Fläche der rechten Hemisphäre (Angularwindung und 2 ersten Occipitalwindungen) eine Gruppe linsengrosser subpialer Hämorrhagien». Eine exacte Gesichtsfeldaufnahme sei nicht möglich gewesen, doch habe er durch Untersuchung mit dem Finger und mit einer Schriftprobe sich von der Realität der Hemianopsie sicher überzeugen können.

Dr. Hampeln: Er habe den Fall im Krankenhause, wo er moribund eingeliefert wurde, gesehen. Der kurzen Beobachtung wegen war eine klinische Diagnose nicht zu stellen, es konnte nur constatirt werden, dass der Harn reichlich Eiweiss und Zucker enthielt; das Darniederliegen des Bewusstseins könnte also zur Annahme eines Coma diabeticum bezw. urämicum veranlassen.

Die Section ergab nun neben den schon angeführten Veränderungen das Vorhandensein einer handtellergrossen meningealen Apoplexie, die fast über den ganzen Scheitellappen sich ausbreitete. Angesichts der Thatsache, dass sowohl bei Diabetes, als auch bei urämischen Zuständen ein abnormes psychisches Verhalten nicht zu den Seltenheiten gehört, scheint ihm noch zu erwägen, ob unter diesen Umständen die Diagnose der progressiven Paralyse genügend gestützt sei.

Dr. Schönfeld: Auf ihn habe der Kranke den Eindruck eines typischen Paralytikers gemacht. Er war nicht vollkommen desorientirt, das Gedächtniss aber völlig geschwunden. Wie ihm nachträglich bekannt geworden sei die Zurechnungsfähigkeit des Pat. vor längerer Zeit auch in der Heimath desselben von ärztlicher Seite bestritten worden. Der übrige Befund bei der Section-Atrophie der Gyri, klaffende, weite

Sulci, Verdickungen und Trübungen der Pia um die basalen Gefässe, Hydrocephalus ext. — spräche gleichfalls für die Diagnose. Die meningeale Blutung sei allerdings von solcher Ausdehnung gewesen, dass eine Druckwirkung derselben nicht ausgeschlossen sei. Die vom Vortr. angeführten und auf die Hemianopsie bezogenen Blutungen betrafen die Substanz der Hirnrinde.

Dr. Dahlfeld zweifelt nach den Mittheilungen Dr. Hampeln's und Schönfeld's nicht an der Möglichkeit der Hemianopsie. Es scheine ihm jedoch die Schädigung des Hinterhauptlappens eine zu diffuse, um den Fall für die Localisation der Hemianopsie zu verwerthen. Er selbst habe früher die Literatur auf derartige Fälle hin durchgesehen und gefunden, dass leider der grösste Theil der zur Lehre von der topischen Diagnostik herangezogenen Fälle diesen Uebelstand aufwiesen. Für die topische Diagnose seien nur präcise und klare Fälle zu verwerthen.

Dr. P. Klemm schliesst sich dem an. Auch seiner Ansicht nach liege der referirte Fall nicht klar genug, um für die Lehre von der Gehirnlocalisation bezw. für auf die topische Diagnose zu begründende Eingriffe verwerthet zu werden.

Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Verwerthung der in diesem Falle beobachteten Déviation conjugée für die Diagnose.

Die ganze Lehre von den Hirncentren sei seiner Ansicht nach mit Vorsicht zu beurtheilen, wir könnten noch nicht von Centren als alleinigem Sitz gewisser Functionen sprechen, sondern nur sagen dass Reizung bezw. Entfernung bestimmter Hirnpartien von bestimmten Erscheinungen gefolgt würden. Ein Centrum für die Seitwärtsbewegung der Augen und des Kopfes sei noch nicht bekannt und dieses Symptom als Ausfallserscheinung aufzufassen, sei verfrüht, besonders im referirten Falle, wo vielleicht auch ein epileptiformer Krampf vorgelegen haben kann. Ueberhaupt seien Paralytiker nur mit grösster Vorsicht für die Lehre der Gehirnlocalisation zu verwerthen.

Dr. Krannhals bemerkt zur anatom. Diagnose, dass die Blutung in der Substanz des Gyrus angular. und Occipitalhirn nicht raumbeschränkend genannt werden könne. Es handelt sich um linsengrosse Blutergüsse, welche dicht gedrängt einen Bezirk von ca. 5 cm. Durchmesser einnehmen.

Dr. Schönfeld stellt das Vorhandensein epileptiformer Zustände als event. Erklärungsgrund der Déviation conjugée in Abrede. Der Fall sei zwar für die Lehre der topischen Diagnostik nicht beweisend, biete aber viel Interessantes. Die vermuthete Blutung im Hinterhauptlappen war jedenfalls vorhanden.

Dr. v. Krüdener erwähnt einen Fall, der gleichfalls homonyme Hemianopsie aufwies, an welche sich dann beiderseitige Stauungspapille und Erblindung anschloss und in welchem ein beständiger bohrender Schmerz am Occiput zur Operation bestimmte, die einen Erweichungsheerd im Lobus occipitalis aufdeckte.

Dr. Eliasberg resumirt in einem Schlusswort dahin, dass die Hemianopsie und die Déviation conjugée jedenfalls als constatirt anzusehen seien und ist der Ansicht, dass eine Druckwirkung des Blutergusses auszuschliessen, vielmehr eine directe Läsion der als Sitz der Erkrankung vermutheten Stelle durch die Blutung als nachgewiesen anzusehen sei.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Unser verehrter College Dr. W. M. Jürgenson verlässt nach 41-jährigem Dienste seinen Posten als Oberarzt am Kaiserlichen Pagencorps. Auf 41 Dienstjahre zurückblicken zu können ist nicht Vielen beschieden; eine so lange Zeit aber an einer Erziehungsanstalt als Oberarzt gewirkt zu haben ist ein besonderes Verdienst. Wie schwierig und dornenvoll die Arbeit des Arztes an einem grossen Internate ist, braucht hier nicht erst ausgeführt zu werden; am Kaiserlichen Pagencorps aber, wo die Söhne unserer höchstgestellten Familien erzogen werden, mag dieser Dienst noch um vieles verantwortungsvoller und sorgenreicher sein. Ein stets wachsames Auge, tüchtige praktische Kenntnisse, ein allezeit tactvolles und correctes Verhalten — das sind die hervorragenden Eigenschaften, die im Pagencorps dem scheidenden Oberarzte nachgerühmt werden; sie haben es ihm auch ermöglicht, unter allseitiger Anerkennung und Liebe so lange auf seinem Posten auszuharren. Unter seiner ärztlichen Aufsicht ist das Corps kein einziges Mal von einer grössern Epidemie heimgesucht worden. Während seiner Dienstzeit sind nicht weniger als1621 junge Officiere aus dem Corps hervorgegangen, für deren Gesundheit Jürgenson treu das Seinige gethan hat!

Wir lassen hier einige Daten über die dienstliche Laufbahn Jürgenson's folgen: J. absolvirte den Cursus der medico-chirurgischen Akademie im Jahre 1851, wurde als Arzt des sibirischen Kosakenregiments № 9 zum zweiten St. Petersburger Militärhospital commandirt, 1853 an das Militärhospital in Zarskoje Sselo übergeführt. 1854 erhielt J. eine Abcommandirung nach Smolensk zur Bekämpfung einer dort im Militär herrschenden epidemischen Augenkrankheit. 1855 erfolgte seine Promotion zum Dr. med. an der Akademie. 1856 wurde J. als jüngerer Arzt am Kaiserlichen Pagencorps angestellt, 1857 mit den Functionen eines Oberarztes dieses Corps betraut und 1860 in der Stellung eines solchen bestätigt. 1878 erfolgte seine Beförderung zum Wirklichen Staatsrath. Ausser vielen andern Orden besitzt J. den Stanislaus-Orden I. Cl. und ein Ehrenzeichen für 40-jährigen tadellosen Dienst.

— Seine Kaiserliche Hoheit der Grossfürst Sergei Alexandrowitsch, Ehrenpräsident der Kaiserlichen Palaestinagesellschaft hat dem älteren Ordinator an der St. Pet. Augenheilanstalt Dr. med. Theodor Germann einen schönen Brilliantring verliehen in Anerkennung der Ausführung des ihm gewordenen Auftrages. G. war nach Syrien und Palaestina abkommandirt worden im Interesse der Augenkranken Kinder in den dortigen Landschulen der Gesellschaft.

— Am 1/13. October beging Professor Dr. Rudolf Virchow in Berlin seinen 76. Geburtstag in körperlicher und geistiger Rüstigkeit.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hat in ihrer Jahresversammlung ihre bisherigen Präsidenten L. W. Popow und Prof. J. P. Pawlow (Vicepräsident) wiedergewählt und zum Secretär den Privatdocenten der mil.-med. Academie neu gewählt. Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft wurden der ehemalige Professor der mil.-med. Academie Bystrow und der Entdecker der X-Strahlen, Professor Dr Wilh. Röntgen in Würzburg gewählt.

— Vor Kurzem beging der Ordinator des Stadthospitals zu Woronesch, Staatsrath Friedrich Britzke, das 35-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar stammt aus Dorpat und hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten.

— Der Ehrenleibmedicus des Allerhöchsten Hofes, wirkl. Staatsrath Dr. Bertenson, hat seine Stellung als etatmässiger Consultant an der hiesigen ambulatorischen Heilanstalt der Grossfürstin Maria, Herzogin von Sachsen Coburg, aufgegeben.

— Der Prosector der Warschauer Universität Dr. Przewoski ist zum ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an derselben Universität ernannt worden.

— Der Professor der Physiologie an der Moskauer Universität I. M. Setschenow ist auf ein Jahr vom Halten seiner Vorlesungen entbunden worden und wird sich während dieser Zeit im Auslande aufhalten. Mit seiner Stellvertretung sind Prof. Dr. L. Morochowez und Privatdocent Dr. A. Ssamoilow betraut worden.

— Wie aus Odessa berichtet wird, hat das dortige Stadtamt zum Oberarzt der Odessa'schen städtischen psychiatrischen Heilanstalt den örtlichen Psychiater Dr. Birski von den 12 Candidaten, welche sich zu diesem Posten gemeldet hatten, gewählt. Da sich unter den Bewerbern Autoritäten in der Psychiatrie, wie Prof. Rosenbach (St. Petersburg), Prof. Orschanski (Charkow), Privatdocent J. Botkin (Moskau) befanden, so soll der Wahl des Stadtamtes seitens der Administration die Bestätigung versagt worden sein.

— Befördert: Zum Staatsrath — der ausserord. Professor der Augenheilkunde an der miltär-medicinischen Academie, Dr. Belljarminow.

— Verstorben: 1) In Moskau der frühere Professor der medicinischen Chemie und Physik an der Kiewer Universität, Dr. Arthur Scheffer, im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte die Professur an der Universität Kiew von 1861—1886 inne. Sein Lehrbuch der physiologischen Chemie wurde seiner Zeit viel gebraucht. 2) Am 3. October hierselbst der Privatdocent für Nerven- und Geisteskrankheiten an der miltär-medicinischen Academie Dr. Nikolai Shukow. Der noch junge Gelehrte hatte sich bereits durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten hervorgethan. 3) In St. Petersburg plötzlich der Assistent am Marienhospital für Arme, Theodor Kotljarewski. 4) In Nishni-Nowgorod der Oberarzt des städtischen Hospitals, J. P. Pokrowski am Schlage. Nach Absolvirung der medico-chirurg. Academie i. J. 1880, war P. anfangs Arzt am hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, dann am Findelhause in Moskau, bis er 1885 nach Nishni-Nowgorod übersiedelte, wo unter seiner Leitung das städtische Babuschkin-Hospital eingerichtet wurde, dem er bis zu seinem Lebensende als Oberarzt vorstand. Trotz langjähriger Praxis hat er seine Familie ganz mittellos hin-

·erlassen. 5) Am 5. October hierselbt der Privatdocent für Nerven- und Geisteskrankheiten der militär-medicinischen Academie, Dr. Stanislus Danillo, ein Schüler der medicinischen Academie im Alter von 48 Jahren an Blutvergiftung. Der Verstorbene, welcher seit 1881 die ärztliche Praxis hier ausübte, war auch Vicepräsident der St. Petersburger (russ.) medicinischen Gesellschaft.

— 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Die diesjährige Naturforscher-Versammlung, welche vom 20—26. September n. St. in Braunschweig tagte, war diesmal nicht so stark besucht, wie sonst, da die beiden internationalen Congresse in Moskau und St. Petersburg kurz vorausgegangen waren und ein grosser Theil von Aerzten und Geologen sich noch auf Reisen in Russland befanden. Von Coryphäen der medicinischen Wissenschaft waren daher nur wenige in Braunschweig erschienen; es fehlte aber nicht der immer frische Virchow, welcher, wie in Moskau, so auch in Braunschweig überall wo er sich zeigte, Gegenstand allgemeiner Ehrung und Bewunderung war.

Die erste allgemeine Sitzung wurde durch den ersten Geschäftsführer Geh. Hofrath Prof. Dr. Wilh Blasius mit einer kurzen Rede eröffnet, in welcher er die Entwickelung des Studiums der Naturwissenschaft und Medicin in Braunschweig schilderte, worauf der erste Vorsitzende der Gesellschaft Hofrath Prof Dr. Victor von Lang (Wien) den Bericht über die günstige Vermögenslage der Gesellschaft erstattete. In dieser Sitzung hielt Prof. Waldeyer (Berlin) einen Vortrag über «Befruchtung und Vererbung» (dessen Wortlaut uns noch nicht vorliegt) und in der zweiten allgemeinen Sitzung sprach Prof. Orth (Göttingen) über «Medicinischen Unterricht und ärztliche Praxis». Durch die bedeutenden Entdeckungen der letzten Jahrzehnten, führte der Vortragende aus, seien grosse Umwälzungen im med. Unterricht sowohl wie in der Praxis hervorgerufen. Das Wissen müsste heute ein umfangreicheres sein als früher und dieser enorme Umfag des Wissens bringe, da die Studienzeit im Verhältniss zu demselben zu kurz ist, seine Theilung — das Specialistenthum — mit sich. Die sich heute so breit machende Naturheilmethode aber sei keineswegs ein Zweig dieses Wissens und stehe in keinerBeziehung zur wissenschaftlichen Medicin. Die Universität kann und will auch keine vollendet ausgebildeten Aerzte ins Leben schicken. Zur vollendeten Ausbildung sei ein praktisches Jahr nothwendig an Hospitälern oder auch bei beschäftigten und wissenschaftlichen Praktikern. Für den Specialisten sollen besondere Examina geschaffen werden, dem praktischen Arzte bleibe das grosse Arbeitsfeld der Prophylaxe, der Gesundheitspflege auf wissenschaftlicher Basis. Er werde seinen Werth nicht einbüssen durch das Specialistenthum, denn er werde nach wie vor der Freund, der Berather im Hause bleiben. In den Sectionssitzungen kamen als wichtigste Gegenstände «Die Bekämpfung der Tuberculose» (vereinigte Sectionen für innere Medicin und Hygiene) und in einer gemeinsamen Sitzung aller Sectionen «die wissenschaftliche Photographie und die Verwendung der Röntgenstrahlen» zur Verhandlung.

Die nächstjährige Naturforscher-Versammlung wird in Düsseldorf stattfinden; zu Geschäftsführern derselben wurden Geh.-Medicinalrath Prof. Dr. Alb. Mooren und Oberrealschuldirector Viehoff gewählt.

— Wie der «Rishski Westnik» erfährt, sind an der Universität Jurjew (Dorpat) in diesem Semester 207 Studirende neu aufgenommen worden, von denen sich 87 dem Studium der Medicin widmen.

Fast die Hälfte dieser Neuaufgenommenen, nämlich 95, sind aus geistlichen Seminarien. Nach anderen Quellen haben sogar 130 Seminaristen bereits Aufnahme gefunden und ist die Aufnahme von Seminaristen noch nicht abgeschlossen, da noch fortgesetzt Aufnahme-Gesuche von Zöglingen geistlicher Seminarien berücksichtigt werden die zu spät von der Erschliessung der Jurjewer Universität Kunde erhalten haben. Es hat somit die von uns bereits ausgesprochene Befürchtung, dass die Universität Jurjew durch die Aufnahme von Seminaristen zu einer Universität niederen Ranges herabsinken werde, alle Aussicht in Erfüllung zu gehen, denn mit dem niederen Bildungs-Census der Studirenden muss natürlich auch das Niveau des Universitätsunterrichts sinken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Sept. d. J. 7474 (33 mehr als in d. Vorw.), darunter 609 Typhus — (9 wen.), 884 Syphilis — (25 mehr), 147 Scharlach — (5 wen.), 155 Diphtherie — (13 mehr), 31 Masern — (1 wen.) und 14 Pockenkranke — (6 wen. als in der Verw.).

Am 4. Oct. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7581 (107 mehr als in der Vorwoche), darunter 614 Typhus — (5 mehr), 829 Syphilis — (15 wen.), 164 Scharlach — (17 mehr), 210 Diphtherie — (55 mehr), 29 Masern (2 wen.) und 15 Pockenkranke (1 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 21. bis 27. September 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
289	224	513	95	18	83	29	10	12	52	61	34	44	46	21	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 12, Scharlach 6, Diphtherie 51, Croup 5, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 28. Sept. bis 4. Oct. 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
257	220	477	87	15	83	23	2	24	61	44	40	30	32	27	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 16, Diphtherie 43, Croup 6, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 0, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 32, Todtgeborene 26

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. October 1897.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. October 1897.

Дозв. ценз. Спб. 11 Октября 1897 г   Herausgeber Dr. Rudolf Wanach.   Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, 18. (30.) October **1897**

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 40 dieser Wochenschrift, pag. 379 (Original-Mittheilung von Dr. A. Freudenberg über die Bottini'sche Operation) lies in der I Spalte Zeile 27 von oben Heisswerden statt Nasswerden.

Ueber Hernientuberculose.

Von
Dr. med. A. von Brackel — Dorpat.

Vortrag, gehalten auf dem IX. livländischen Aerztetage in Pernau.

Meine Herren!

Die Hernientuberculose, oder wie Bruns sie benannt hat, Tuberculosis herniosa ist in den letzten Jahren mehrfach Gegenstand fachwissenschaftlicher Abhandlungen gewesen, welche sowohl die Kasuistik bereicherten, als auch die Kenntniss und Erkenntniss dieser Erkrankung erweiterten.

Die erste vereinzelt gebliebene und von späteren Autoren übersehene Beobachtung dieser Erkrankung, machte 1845 Pitha. (cf. Benno Schmidt.) Es handelte sich um eine Frau, die bei gleichzeitig vorhandener diffuser Peritonitis, an einem rechtsseitigen Schenkelbruch litt. Stürmische Symptome, die plötzlich auftraten, liessen eine Einklemmung vermuthen und die sofort vorgenommene Herniotomie ergab keine directe Incarceration, wohl aber eine diffusse Verdickung des Bruchsackes. Innerhalb der etwa haselnussgrossen Bruchsackhöhle fand sich blutig seröse Flüssigkeit.

Die Patientin starb, und bei der Section fand man eine Peritonitis, die durch eine, über den ganzen Darmcanal ausgebreitete acute Tuberculose bedingt war. Der Bruchsack hing mit dem Peritoneunm nur mittelst eines dünnen Stieles zusammen, in dem ein feiner Kanal die Communication zwischen dem Bruchsack und der Peritonealhöhle vermittelte. Ob Tuberkelknötchen im Bruchsack vorhanden waren, wird nicht erwähnt.

Im Jahre 1889 erschien die erste zusammenfassende Arbeit über Hernientuberkulose von Lejars, der die vorherbeschriebenen Fälle von Cruveilhier, Hayem, Brissaud, Puesch und Largeau sammelte, und ihnen zwei weitere eigene Beobachtungen hinzufügte. 1891 theilte Jonnesco in einer ausführlichen Arbeit: Tuberculose herniaire vier weitere Erkrankungsfälle mit, und Phocas veröffentlichte in demselben Jahre einen XIII. Fall. Weiterhin werden ziemlich gleichzeitig 1892 ein Fall von Bruns, zwei Fälle von Southam publicirt und 1893 ein Fall von Haegeler, der ausserdem noch das Referat zweier von Remedi beobachteter Erkrankungen seiner Arbeit beifügte. Weiter berichtete Tscherning über einen Fall und referirte Stäuber eine Beobachtung. 1895 theilte Teuderich drei Fälle von Hernien-Tuberkulose aus der Greifswalder chirurg. Klinik mit und 1896 konnte Roth ebenfalls drei Beobachtungen aus der Heidelberger chirurg. Klinik der Oeffentlichkeit übergeben. — Endlich berichtete Ott über Perforation eines tuberculösen Darmgeschwüres in einer eingeklemmten Hernie. Aus seiner Beschreibung geht hervor, dass der Serosaüberzug des Darmes wohl mit Tuberkelknötchen besetzt war, ob aber auch im Bruchsack Knötchen vorhanden waren, ist nicht mitgetheilt.

Den vorliegenden, aus der Literatur zusammengestellten 28 Fällen, kann ich zwei weitere eigene Beobachtungen, aus der Hospitalklinik und aus der Privatpraxis des Herrn Doc. Dr. W. Zoege von Manteuffel hinzufügen.

Der erste Fall betrifft einen soweit kerngesunden Landarbeiter, an dem bei vorgenommener Radikaloperation einer rechtsseitigen Leistenhernie die Tuberculosis herniosa als zufälliger Befund entdeckt wurde, während der zweite Fall an einer Dame mit ziemlicher Sicherheit bereits vor der Operation diagnosticirt worden war.

Die nachstehenden Krankengeschichten sollen die einzelnen Details genauer schildern:

Fall I.

J. K. 38 a. n. Landarbeiter, leidet seit 5 oder 6 Jahren an einem rechtsseitigen Leistenbruch, der anfangs klein und reponibel, ihm keine Beschwerden und Schmerzen verursachte.

In den letzten Jahren nahm der Bruch erheblich an Grösse zu und es war dem Patienten nicht mehr möglich denselben ganz zu reponiren. Gleichzeitig machte sich ein unangenehmes Gefühl der Schwere im Bruch geltend und in den letzten Monaten stellten sich sowohl spontan, als auch bei äusserem Druck, recht heftige Schmerzen ein, die ihn bei der Arbeit hinderten. — Im Uebrigen will Patient stets gesund gewesen sein, bis auf die Masern und den Scharlach, welche er als Kind leicht überstanden. Die Eltern und Geschwister des Patienten sind am Leben und sollen gesund sein. Patient ist von grossem, starken Knochenbau, kräftig entwickelter Muskulatur und normalem Pannic. adiposus. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind rein. Der Lungen-, Herz- und Nierenbefund ist normal. Das Abdomen ist etwas voll, fühlt sich aber weich an. Ein Tumor, eine Resistenz ist nicht nachzuweisen; überall hört man beim Beklopfen tympanitischen Klang. In der rechten Leistenbeuge, vom äusseren Leistenring aus beginnt eine nach unten birnförmig anschwellende Vorwölbung, die dem Samenstrang entlang bis ins Scrotum hineinragt, und sich beim Husten und bei der Anwendung der Bauchpresse praller anspannt. Die Percussion über dem Tumor ergiebt einen gedämpften tympanitischen Schall. Ein Versuch die Hernie zu reponiren gelingt nur zum Theil, indem zwar der Bruch sich verkleinern lässt, nicht aber vollständig in die Bauchhöhle zurückgebracht werden kann. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig und man fühlt im Bruchsack einen derben Strang, der in den Leistenkanal hinein zu verfolgen ist.

Die klinische Diagnose lautete: Hernia inguinal. scrotal, dextr. Netzbruch, Netzadhäsion.

Es wurde die Radicaloperation nach Bassini ausgeführt (Aethernarcose).

Nachdem die Gewebe schichtweise bis auf den Bruchsack durchtrennt waren, präsentirte sich derselbe als prall elastische Geschwulst mit Fluctuation. Die Umgebung des Bruchsackes fühlte sich derber und fester als gewöhnlich an und war etwas sulzig imbibirt. Die im Sack enthaltene Flüssigkeit liess sich nach oben in die Bauchhöhle hineindrücken. Alsdann fühlte man den oben beschriebenen Strang deutlich durch, der sich als knollig und unregelmässig erwies. — Der Bruchsack wurde in seiner ganzen Ausdehnung eröffnet; es entleerten sich ca. 400—500 ccm. einer klaren, gelblichen, mit kleineren und grösseren Flocken untermischten Flüssigkeit. Die Quantität entsprach nicht dem Inhalt des Bruchsackes und ein Theil musste noch aus der Bauchhöhle nachgeflossen sein. Die Wand des Bruchsackes war verdickt, an der Innenfläche stärker injicirt und in ihrer ganzen Ausdehnung mit kleineren und grösseren, stecknadelkopf- bis linsengrossen, erhabenen Knötchen besetzt, von denen die kleineren nur leicht weisslich, opalescirten, die grösseren gelblich aussahen. Namentlich fanden sich im Bruchsackhalse, am inneren Leistenring die Anhäufungen der Knötchen zahlreicher und in concentrischen Reihen angeordnet. Den Inhalt des Bruchsackes bildete ein derber, knolliger, fingerdick zusammengerollter Netzstrang, dessen Oberfläche ebenfalls mit Knötchen besetzt war und der an seinem Ende mit der unteren medialen Wand des Bruchsackes fest adhärirte. — Behufs Resection des Netzstumpfes wurde der Bruchsackhals nach oben gespalten und das Netz vorgezogen. Auch auf dem Netzstrang fand sich an dem Theil, der am inneren Leistenring lag, die Knötchen-Anhäufung stärker und sie ist auch hier in concentrischen Reihen angeordnet. Je weiter ins Abdomen hinein, desto spärlicher wurden die Knötchen auf dem sich oberhalb des Leistenringes fächerförmig ausbreitenden Netz. — Der Netzstrang wurde nach doppelt gekreuzter Unterbindung mit Seide im Gesunden und Abtragung mit dem Paquelin resecirt. Soweit man bei der gesetzten Oeffnung in das Abdomen hineinsehen konnte, zeigten die Darmschlingen ein normales Aussehen. Nur zwei Dünndarmschlingen, die unmittelbar an der inneren Bruchpforte lagen, waren auf ihrem Serosaüberzug mit vereinzelten Knötchen besetzt. — Der Bruchsack wurde von seiner Umgebung, dem Plexus und dem Vas deferens stumpf gelöst und oberhalb des inneren Leistenringes im Gesunden abgetragen. Das Peritoneum mit Seide genäht, das Blut gestillt und ein neuer Leistenkanal gebildet

In den ersten drei Tagen nach der Operation war die Temperatur erhöht, der Puls frequent und es bestanden Symptome von Seiten des Peritoneums: Uebelkeit, Aufstossen, Appetitmangel. Der Leib war aufgetrieben und druckempfindlich. — Es wurde ein grosser Eisbeutel verordnet. Am 4. Tage sank die Temperatur. Der Patient fühlte sich wohler, erholte sich in den nächsten Tagen, nahm wieder Nahrung zu sich und am Ende der ersten Woche erfolgte nach einem Lavement eine reichliche normale Entleerung. Am 12. Tage wurde der Verband gewechselt und da die Wunde per primam geheilt war, wurden die Nähte entfernt. Am 14. Tage konnte der Patient aufstehen und wurde nach vier Tagen aus der Hospitalklinik entlassen. Am Tage der Entlassung beobachtete man Folgendes: Der Patient hatte etwas abgenommen, sah aber frisch und wohl aus. In der rechten Leistengegend fühlte man eine lineär vernarbte frische Schnittnarbe deren Umgebung etwas dicker und fester sich anfühlte aber nicht schmerzhaft empfunden wurde. Beim Husten kein Anprall zu fühlen. Das Abdomen weich, nicht druckempfindlich, kein Ascites, keine Auftreibung, kein Tumor nachzuweisen. Die Zunge rein und feucht, der Appetit gut, der Stuhlgang regelmässig und normal.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Im Horizontalschnitt, durch den zusammengerollten Netzstrang sah man an vielen Stellen, sowohl vereinzelte, als auch Conglomerat-Tuberkel in vollendet fibröser Umwandlung. Die umgebende Bindegewebsschicht war ziemlich derb und zellreich, und wucherte an einzelnen Stellen auch nach innen in den Tuberkel hinein. — An der Randzone überwogen Rundzellen, während im Centrum an einzelnen Tuberkeln epitheloide Zellen zu finden waren. Hie und da war eine kleinzellige Infiltration zu bemerken und in vereinzelten Tuberkeln fand sich das Centrum im Beginn der käsigen Erweichung. Riesenzellen waren nicht zu finden.

Ein Querschnitt durch ein Stück der Bruchsackwand, der einige über das Niveau hervorragende Knötchen getroffen hatte, wies im Allgemeinen dasselbe Bild auf, wie es sich auf dem Durchschnitt des Netzstranges zeigte, nur waren hier die Tuberkel grösser, die Bindegewebsschicht schmäler und das Centrum zellreicher. Auch fanden sich an einzelnen Tuberkeln Zeichen der beginnenden Verkäsung.

Verschiedene Versuche die Bacillen zu färben fielen negativ aus.

Fall II.

Frau J. v. W. 28 a. n. ist seit 6 Jahren verheirathet, hat kein Mal geboren, ist regelmässig menstruirt. Als Kind ist sie immer gesund gewesen. Im 8. Lebensjahre hat sie den Typhus überstanden. Als 11-jähriges Mädchen litt Patientin an der Bleichsucht. Im 17. Lebensjahr erkrankte sie an einer Pleuritis, die sich nach 5 Jahren in stärkerem Masse wiederholte. Damals wurde sie punktirt, wobei ziemlich reichliche Mengen eines klaren Exsudates entleert wurden. Die Patientin genas und hatte hernach keine weiteren Beschwerden von Seiten des Rippenfells oder der Lungen. Vor 6 oder 7 Wochen machte sich im Anschluss an einen langwierigen, mit Unterbrechungen 5 Wochen dauernden, mit zeitweilig heftig auftretenden Durchfällen und mit Schmerzen verbundenen Darmcatarrh, eine kleine härtliche Vorwölbung in der rechten Leistengegend, gleich oberhalb der grossen Schamlippe, bemerkbar. Anfangs verursachte dieselbe keine Beschwerden, in letzter Zeit jedoch stellten sich bei stärkerer Erschütterung und bei äusserlicher Berührung recht empfindliche Schmerzen ein. Schon seit längerer Zeit will Patientin an dieser Stelle dazwischen eine geringe Empfindlichkeit bemerkt haben, ohne jedoch darauf Gewicht zu legen. Den deutlich sichtbaren Tumor hat Patientin erst vor einigen Wochen bemerkt und soll derselbe in dieser Zeit merklich an Grösse zugenommen haben.

Die Patientin ist gracil gebaut, von schwächlicher, aber gut entwickelter Muskulatur und geringem Panic. adipos. — Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind rein und etwas anämisch. Das Herz und die Nieren sind gesund. An den Lungen ist bis auf rechtsseitige, alte pleuritische Reibegeräusche und Knacken bei tiefer Inspiration, kein pathologischer Befund nachzuweisen. Das Abdomen, im Gegensatz zur Ernährung des übrigen Körpers, etwas füllig, teigig, weich elastisch, nicht druckempfindlich, und zeigt keine Fluctuation. Die Percussion ergiebt durchweg hellen tympanitischen Schall, die Flanken sind gedämpft. Bei Lageveränderungen verschieben sich die Dämpfungsgrenzen der beiden Flanken nur in ganz geringem Maasse. Sehr spärlicher Ascites.

Gleich oberhalb der grossen Schamlippe rechts, eine wallnussgrosse Vorwölbung, die recht empfindlich ist, sich elastisch anfühlt und an ihrer Kuppe eine kleine Verhärtung aufweist. — Die Vorwölbung lässt sich weder im Stehen, noch im Liegen durch Druck verkleinern und lässt sich nicht in den Bauchraum hineindrängen und zeigt beim Husten einen deutlichen Anprall. Eine Communication mit der Abdominalhöhle ist nicht zu finden.

Die klinische Diagnose lautet: Peritonitis exsudativa tuberculosa, tuberculosis herniosa?

Operation:

Nach voraufgegangener mehrtägiger Diät und Abführung wird in der Aethernarkose die Operation in Angriff genommen. Der Hautschnitt wird 10—12 Ctm. lang über den äusseren Leistenring, gerade über die Vorwölbung verlaufend, bis auf die grosse Schamlippe geführt. Das Gewebe wird schichtweise bis auf die Geschwulst durchtrennt und das Blut gestillt. Die Geschwulst erweist sich als eine prallgefüllte

Vorstülpung des Peritoneum. Der Bruchsack zeigt an seinem Ende eine Abschnürung, so dass hier eine kleine selbstständige Cyste dem Bruchsack aufsitzt. — Nach Eröffnung des Bruchsackes entleert sich nicht nur die in demselben vorhandene Flüssigkeit, sondern es strömt auch noch aus dem freien Peritonealraum eine grosse Quantität derselben nach. — Die Flüssigkeit ist klar, gelblich aussehend, zeigt nur hier und da kleinere, weissliche Flöckchen. — Das Innere des Bruchsackes ist sehr stark injicirt, geröthet, die Wand ungleichmässig verdickt, mit kleinen miliaren Knötchen besät. In der abgeschnürten kleinen Endcyste 2 freie weisse, linsengrosse Reiskörperchen und eine klare, gelbliche, fadenziehende Gallerte, wie man sie sonst bei Hygromen der Sehnenscheiden findet. Die Communication des Bruchsackes mit der Abdominalhöhle ist durch einen äusserst engen federkieldicken Gang gegeben. Die Bruchgeschwulst wird bis an den inneren Leistenring freigelegt. Spaltung der engen Pforte und Vergrösserung des Kanales, so dass man mit dem Finger eingehen kann. Das Peritoneum parietale und viscerale fühlt sich glatt an, eine vorgezogene Dünndarmschlinge erweist sich gesund. — Unterbindung des Bruchsackhalses vermittelst einer Catgut-Ligatur, Abtragung des Bruchsackes mit der Scheere. Vernähung der Bruchpforte, Etagennaht der gesetzten Wunde; tiefe, versenkte Nähte mit Catgut, — Hautnähte mit Silkworm. — Trockenverband.

Der Verlauf gestaltete sich folgendermaassen: Am I und II Tage bestanden geringe Temperaturerhöhungen ohne Störung des Allgemeinbefindens. Von Seiten des Bauchfells keine Reaktion. Der Leib war weich und nicht druckempfindlich. Am IV Tage Lavement mit reichlichem Erfolg. I Verbandwechsel am VI Tage: Die Wunde sieht gut aus, klafft am oberen Wundwinkel etwas und entleert einige Tropfen Wundsecret. Entfernung der Suturen. Jodoformbepuderung, Trockenverband. II Verbandwechsel am XII Tage: Die Wunde bis auf 2 kleine Stellen gut verheilt. Im oberen Wundwinkel und in der Mitte der Wundstrecke haben sich zwei kleine oberflächliche Fisteln gebildet, die auf Druck ein serös fadenziehendes Sekret entleeren. Die Umgebung ist nicht geröthet und nicht empfindlich. Lapisbeizung, Trockenverband. Die Patientin leidet seit 2 Tagen an Darmverstimmung und an leichten colikartigen Schmerzen und Durchfall. Die Stühle sind dünn, von normalem Aussehen; Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen ergiebt einen negativen Befund. Der Leib ist weich, nicht erheblich druckempfindlich, etwas füllig. Die Percussion ergiebt einen geringen Ascites. Verordnung: Wollene Leibbinde, 0,5 Salol 2 X täglich.

Im weiteren Verlauf traten nun noch mehrfach Durchfälle auf, an einigen Tagen 3 bis 4 Mal, verbunden mit Schmerzen. Die Stühle waren an diesen Tagen fast erbsenfarben. — Der Leib wurde noch etwas fülliger und das Exsudat stieg. — Dabei bestand gänzlicher Appetitmangel. Von Seiten der Wunde trat in der Folge keine Verschlimmerung auf, die kleinen Fisteln schlossen sich unter Lapis und Jodbeizungen und waren am 30. Tage verheilt. Der Allgemeinzustand besserte sich am 25. Tage, die Durchfallstühle hörten auf, die Empfindlichkeit des Leibes liess nach, das Exsudat wurde täglich geringer und war am 40. Tage nicht mehr nachzuweisen. Die Patientin erholte sich zusehends und konnte am 46. Tage nach Hause auf's Land entlassen werden. — Nach zwei Monaten hatte ich Gelegenheit von der Patientin durch ihren Mann Nachricht zu erhalten; und erfuhr dass sie sich sehr gesund fühle, ohne Beschwerden weite Spaziergänge und Spazierfahrten unternehme, zugenommen hätte und bis dato nie so frisch und munter gewesen wäre.

Mikroskopischer Befund:

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung ergab das Vorhandensein fibröser Tuberkel. Die Färbung auf Tuberkelbacillen ergab kein Resultat.

(Schluss folgt).

Zur Morphologie der Malaria-Mikroorganismen.

Von

Dr. N. Kirikow.

Bekanntlich können die Mikroorganismen oder Hämoplasmodien der Malaria beim Menschen sehr verschiedene, zuweilen ganz wunderliche Formen annehmen. Unter den letzteren trifft man z. B. ringförmige und fingerhutförmige an. Von solchen ungewöhnlichen Formen habe ich eine sehr eigenartige zu beobachten Gelegenheit gehabt, die ich um so eher der Beschreibung werth halte, als solche Formen bei oberflächlicher Untersuchung der Präparate leicht in die Irre führen können.

Zunächst einige Daten aus der Krankengeschichte.

Patient S., Recrut, 22 J. a.. trat am 20. März 1893 in das St. Petersburger Marinehospital, wo er einen Abdominaltyphus von 5 wöchentlicher Dauer durchmachte, wobei er 40 Pfund am Körpergewicht verlor. Unmittelbar nach dem Typhus stellten sich bei dem Convalescenten unregelmässige Fieberanfälle ein, wobei die Temperaturerhöhung zuweilen einige Tage, zuweilen aber auch nur wenige Stunden anhielt. Die Intervalle zwischen den Anfällen waren auch ganz unbeständig und unregelmässig, bald hielten sie 7 Tage an, bald traten täglich Anfälle ein. Die Anfälle selbst waren nicht immer deutlich und scharf ausgeprägt; zuweilen blieben einige von den klinischen Stadien aus. Die Milz war nicht jedesmal vergrössert. Zuweilen trat mit den Anfällen ein hartnäckiger trockener Husten auf, um mit ihrem Aufhören wieder zu schwinden. Die Temperatur schwankte im Allgemeinen zwischen 37,3 und 39,5. — Aus der Anamnese ergab sich, dass Pat. aus dem Simbirsk'schen Gouvernement stammte, also aus einem Rayon des Wolgagebietes, aus dem alljährlich zahlreiche Malariakranke in die Flotte eintreten. Die ersten Erscheinungen des Sumpffiebers bekam Pat. im Jahre 1887, als er als Arbeiter auf einem Gut, 3 Werst von der Stadt Simbirsk und von der Wolga entfernt, lebte. Es entwickelten sich Anfälle von deutlich tertianem Typus und dauerten c. 2. Monate. Darnach ein fieberfreies Intervall von 2 Wochen. Dann traten die Anfälle wieder ein, diesmal von quotidianem Typus, und hielten 3 Wochen an. Diesmal waren die Anfälle nicht ganz regelmässig, waren nicht von Schweiss begleitet und begannen zu verschiedenen Tageszeiten. — Ein neuer Rückfall war im Jahr 1890, wieder von tertianem Typus, ohne Schweisse, von c. 3-wöchentlicher Dauer. — Weiter hat er bis zum Typhus nicht an Fieber gelitten.

In Blutpräparaten, die mit Eosin und Methylenblau gefärbt waren, fand man Malariaparasiten, und zwar fast ausschliesslich kleine Gebilde von verschiedener Form, endoglobuläre und freie, meist pigmentirte. Die schwarzen Pigmentkörner sind im Verhältniss zu den sie einschliessenden Plasmodien meist von bedeutender Grösse. Hier und da ist solch ein kleiner, meist länglicher, Parasit in ein rothes Blutkörperchen eingedrungen, ragt aber mit seinem dünnen Ende aus ihm hervor. — Auf einigen Präparaten wurden zugleich mit unzweifelhaften Plasmodien ziemlich zahlreiche deutliche Stäbchen gesehen, die stellweise sogar in Haufen gelagert und gut gefärbt waren. Die Aehnlichkeit mit Bacillen war so gross, dass während eines undeutlichen Anfalls, mit Milzvergrösserung und positivem Plasmodienbefund im Blut, aus letzterem Impfungen in Bouillon und Agar gemacht wurden; doch blieben die Röhrchen im Thermostat steril.

Die Stäbchen waren c. 2 Mikromillimeter lang, selten grösser, ganz dünn oder etwas dicker, im Allgemeinen weniger als ein $^1/_2$ Mikromillimeter dick und c. 4 mal kürzer als der Durchmesser eines rothen Blutkörperchens. Die Färbung der Stäbchen war nicht immer gleichmässig, einige erschienen wie unterbrochen, als ob sie aus einzelnen sehr kurzen Gliederchen beständen.

Ziemlich häufig liegen diese kleineren Stäbchen im Innern der rothen Blutkörperchen, zuweilen 2 und sogar 3 in einem Körperchen. Einmal war ein Stäbchen in einem eosinophilen weissen Blutkörperchen eingeschlossen.

In einigen Stäbchen kann man deutlich auch schwarze Pigmentkörnchen unterscheiden: 2—3 relativ grosse Körnchen, vorwiegend an den Enden des Stäbchens, aber auch in seinem Verlauf oder als kleine Vorbauchung an seinem Rande. Einige Stäbchen sind gekrümmt, entweder nur leicht oder fast hufeisenförmig oder unregelmässig.

Ueberhaupt finden sich zwischen mehr oder weniger regelmässigen Stäbchen und unzweifelhaften Plasmodien von verschiedenster Form deutliche Uebergangsformen. Bei einigen stäbchenförmigen Gebilden sind die Ränder leicht uneben, wellenförmig oder die Enden sind schräge, nicht senkrecht zur Längsaxe, abgeschnitten. Bei andern sind die Enden mehr oder weniger verdickt. Bei einer dritten Gruppe endlich, sind die Ränder deutlich ausgeschnitten und ihre Conturen ähneln schon den phantastischen Conturen der unzweifelhaften Plasmodien. Zuweilen haben die Stäbchen ziemlich regelmässige Gestalt, aber indem sie kürzer werden, werden sie relativ dicker, sodass ihre Breite nur wenig geringer ist als die Länge.

Alle diese unregelmässigen und Uebergangsformen sind pigmentlos oder pigmentirt, genau so, wie die Stäbchen und typischen Plasmodien.

Im Allgemeinen färben sich die Stäbchen ebenso wie die Plasmodien und zeigen häufig, wie diese, eine gewisse eigenthümliche Durchsichtigkeit.

Die Präparate wurden einigen Collegen demonstrirt, darunter Dr. A. A. Fadejew und Prof. T. J. Bogomolow.

Berücksichtigt man, dass die Stäbchen sich ebenso färbten wie die Plasmodien, dass sie eben solch' ein Pigment enthielten, dass sie im Innern der rothen Blutkörperchen lagen, dass mit ihnen zugleich Uebergangsformen und characteristische Plasmodien gefunden wurden, dass ferner Blutkulturen resultatlos blieben, d. h. keine Bacterien im Blut nachwiesen — so kann man mit Sicherheit annehmen, dass diese Stäbchen nur eine der ausserordentlich verschiedenen Formen darstellen, welche die Malariaparasiten dank der ihnen innewohnenden Eigenschaften annehmen können — freilich eine Form, die sehr ungewöhnlich ist und, wie oben erwähnt, zu Irrthümern Anlass geben kann, wenn typische Plasmodien nicht vorhanden sind oder nicht gefunden werden.

Es können also unter all den verschiedenen Formen der Malariaparasiten sowohl regelmässige, als auch neben der Grundform — einem kugelförmigen Häufchen Protoplasma — stäbchenförmige Formen angetroffen werden. Bekanntlich ist von Klebs und J. Crudeli 1879 ein besonderer Bacillus malariae beschrieben worden. Controluntersuchungen haben aber den Zusammenhang desselben mit der Malaria des Menschen nicht bestätigt.

Beiläufig bemerkt äusserte sich in unserem Fall sehr deutlich der Einfluss einer neuen Erkrankung, des Typhus, auf das Wiederauftreten der Malariainfection, die im Organismus in abgeschwächtem, latentem Zustand verharrte; ein solcher Einfluss, zugleich mit dem Ortswechsel, wurde wiederholt bei den Kranken des Marinehospitals, besonders Recruten, beobachtet. Nicht selten sind auch Combinationen der Infectionen, ein directer Einfluss der Malaria auf die Temperaturcurve bei Typhuskranken. So beobachtete Dr. Wl. K. Rambach[1]) ähnliche Combinationen bei Flecktyphus und Recurrens nach Erkrankungen an Donaufieber. Beispiele von Combination des Abdominalityphus mit Intermittens hat Dr. Rambach nicht beobachtet. In unserem Fall wurden bei einem Typhusconvalescenten im Blut unzweifelhafte Malariaparasiten, augenscheinlich beim Auffl ackern einer alten Infection, gefunden.

Referate.

Prof. Einhorn und Dr. Heinz: Orthoform. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 34.)

Den Verfassern ist es nach mehrjährigen Bemühungen gelungen, eine Substanz aufzufinden, die bei gänzlicher Ungiftigkeit lokal vollkommen und dauernd anaesthesirt. Bei Prüfung der Muttersubstanzen der Benzoylverbindungen erwies es sich, dass den Estern der aromatischen Amidooxysäuren eine anaesthesirende Wirkung zukommt. Unter den zahlreichen Verbindungen, die untersucht wurden, waren es nun gewisse Amidooxybenzoesäureester die ein praktisches Interesse beanspruchten und zwar besonders der p. Amido-m. Oxybenzoesäuremethylester, dem der Name Orthoform gegeben wurde. Dieses stellt ein weisses, leichtes, ziemlich voluminöses Krystallpulver ohne Geruch und Geschmack dar, das in Wasser nur wenig und langsam löslich ist. Doch löst sich gerade genügend Substanz, um eine ausreichende anaesthesirende Wirkung entfalten zu können; anderseits erfolgt die Lösung so langsam und allmählich, dass immer nur kleine Mengen resorbirt werden, so dass die Wirkung des Orthoforms sich auf viele Stunden, ja Tage erstrecken kann. Orthoform bildet mit Salzsäure eine gut krystallisirende Verbindung, die in Wasser sehr leicht löslich ist. Salzsaures Orthoform anaesthesirt ebenso wie der freie Ester. Aber wegen der sauren Reaction sind Lösungen von salzsaurem Orthoform nicht überall anwendbar, z. B. an empfindlichen Schleimhäuten oder zu subcutanen Injectionen. Bringt man Orthoform auf die Zunge so beginnt nach einigen Minuten ein allmählich zunehmendes Taubheitsgefühl und die betreffende Stelle wird analgetisch. Es liegt bereits eine grössere Anzahl von schweren Verbrennungen III. Grades vor, bei denen die heftigsten Schmerzen in wenigen Minuten durch Orthoformpulver oder Orthoformsalbe (10 proc.) dauernd gestillt werden. Dabei fiel die starke secretionsbeschränkende Wirkung des Orthoforms auf; die Heilung ging daher prompt von statten und war in beträchtlich kürzerer Zeit als sonst volleudet. Ebenso in die Augen springend war die Wirkung auf schmerzhafte Geschwüre z. B. exulcerirten Krebs. Da das Orthoform absolut ungiftig ist, kann es in grossen Mengen applicirt werden. Ausserdem besitzt es noch antiseptische Eigenschaften, daher bewährte es sich auch bei Fuss- und Unterschenkelgeschwüren und ebenso bei Verletzungen, Rhagaden und Excoriationen. Es war von vorneherein wahrscheinlich, dass das Orthoform auch innerlich zur lokalen Anaesthesirung der Magen- und Darmschleimhaut verwerthbar sein würde und in der That wirkt Orthoform beim runden Magengeschwür wie beim exulcerirten Magenkrebs schmerzstillend. In wie weit das Orthoform resp. das salzsaure Orthoform für Anaesthesirung der Schleimhaut des Mundes, der Nase, des Rachenraums verwendbar ist, müssen weitere Beobachtungen lehren. Die Darstellung desselben ist den «Farbwerken, vorm. Meister, Lucius und Brüning» in Höchst übertragen.

Weyert.

W. Pipping: 30 fall af difteri, behandlade med antidifteriserum. Finska läkaresällskapets handlingar. 1897 S. 1201.

Verf. berichtet über 30 mit Serum behandelte Diphtheriefälle. 26 davon wurden geheilt, 4 starben, doch einer bereits 6 Stunden nach der Aufnahme und einer einen Monat nach der Genesung an einer anderen Krankheit, so dass sich die Behandlung wirklich nur in Zweien als unwirksam erwies; von diesen starb das eine Kind 6 Wochen nach der Aufnahme an allgemeinem Marasmus. Verf. freut sich über dieses unerwartet günstige Resultat, da alle Fälle von sehr schwerer Beschaffenheit waren. 16 von den 30 Fällen betrafen Croup. Die Tracheotomie wurde in 11 Fällen ausgeführt, wovon zwei starben. Während sonst der Croup nach einer Tracheotomie gewöhnlich abwärts zu steigen und den Tod herbeizuführen pflegte trat dieser Umstand in keinem der 11 Fälle ein. In 6 Fällen wurde eine leichte Lähmung des velum palatinum und der Stimmbänder und in einem Hemiplegie durch Gehirnembolie beobachtet. Keinerlei Nierensymptome. 4 Mal trat Serumexanthem auf. In einem Fall trat die Diphtherie als Maserncomplication auf, doch fanden sich echte Diphtheriebacillen.

Buch (Willmanstrand).

Magnus Geirsvold: Ren Karbolsyre ved ulcera corneae. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1897 Nr. 5.

Verf. hat in 12 Fällen von Hypopyonkeratitis Carbolsäureätzungen des Geschwürs ausgeführt, in allen mit vollständigem Erfolg. In den meisten Fällen waren 3 Aetzungen genügend. Verf. benutzte reine flüssige Karbolsäure auf folgende Weise. Eine Bowmansche Sonde Nr. 3—4 wird in die Karbolsäure getaucht, mit einer schleudernden Handbewegung das etwa überflüssige abgeschüttelt und dann das Geschwür, speciell die Ränder und dichtere Infiltrate geätzt. Anfangs spülte er mit Borwasser nach, doch erschien ihm das später unnütz, wenn er die Sonde gut abschüttelte. Es entsteht ein weisser scharf begrenzter Aetzschorf, der in einem Tage verschwindet. Selbst bei tiefen Geschwüren mit drohender Perforation brauche man bei leichter Hand nichts zu fürchten. Der Schmerz von der Aetzung war gering und bald vorübergehend. Dieselbe wird täglich vorgenommen. Den Tag über wird ausserdem mit Sublimat (1:5000), Lapis (1:2000) oder Borwasser gespült. Die Methode ist nach Verf. allen übrigen

[1]) Der Landfeldzug der Garde-Equipage nach San-Stefano und zurück nach St. Petersburg. Медицинскія прибавленія къ морскому сборнику, вып. 19, 1879. pag. 202—215.

Verfahren überlegen. (Ref. hat in einem Falle die Angaben des Verf. vollständig bestätigen können.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. Ein Leitfaden für Mediciner und Juristen. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1897. 187 pag. Preis 4 Mark.

Neben dem umfangreichen Lehrbuche der gerichtlichen Psychiatrie von Krafft-Ebing wird der vorliegende Leitfaden durchaus seinen Platz behaupten. Dem Anfänger in diesem Fache dürfte das Buch dank der Anordnung und Darstellung des Stoffes sogar mehr zusagen, als jenes ausführliche Werk. Auf den 78 Seiten des allgemeinen Theiles werden nach einer kurzen psychophysiologischen Einleitung die Aetiologie und Symptomatologie der Psychosen besprochen, woran sich die Darlegung der einschlägigen Paragraphen des Strafrechts sowie eine Anweisung für die Abfassung von Gutachten in Strafsachen schliesst. Drei Capitel handeln über die civilrechtlichen Fragen, und zwar die Entmündigung, die Vormundschaft (Pflegschaft), die zweifelhafte Geschäfts- und Testirfähigkeit, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. — Im speciellen Theile kommen die einzelnen Formen der Psychosen in ihren Beziehungen zum forum zur Besprechung. Hierbei sind überall ausführliche Krankengeschichten und Gutachten als Beispiele eingefügt, wie auch schon im allgemeinen Theile. — Berücksichtigt ist nur die Deutsche Gesetzgebung. Die randständigen Bemerkungen dienen vortrefflich der Orientirung.

Michelson.

Prof. Dr Ph. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt. Dritte, ganz neu bearbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1897.

Nicht vor sehr langer Zeit hat Biedert sein Buch über Kinderernährung im Säuglingsalter in der dritten Auflage erscheinen lassen. Und zwar ganz neu bearbeitet. Verfasser hat versucht alle die bisher und namentlich in letzter Zeit so zahlreich erschienenen Arbeiten, welche mit der dem Buche zugrunde liegenden Specialfrage in einem Zusammenhang stehen, zu verwerthen, die Gesichtspunkte anderer Forscher in sein Werk aufzunehmen. Und so ist es denn wirklich, wie Heubner es genannt hat, «eine bequeme Fundstelle für die besten und ausführlichsten Literaturangaben». Jeder Arzt, der auf dem Gebiete der Säuglingsernährung vorwärtsstreben möchte, darf an diesem Buche nicht vorübergehen. Der Praktiker findet in demselben Auskunft auf verschiedentliche ihn beschäftigende Fragen.

Biedert nennt die Darstellung des Stoffes «gemeinverständlich» und sagt in der Vorrede «es sei dem Buch noch immer gestattet, sich an Leser und Leserinnen aus dem grossen Publikum zu wenden, unter welchen sich stets solche finden, die begreifen wollen, was man ihnen lehrt. Der Arzt muss jetzt so viel wissen und können, dass nicht mehr das Fernhalten von des Wissens Heiligthum, sondern das Näherheranziehen seiner Schutzbefohlenen sein Ansehen vermehrt, und dass er seine Thätigkeit erleichtert, wenn er dabei auf ein möglichstes Verständniss bei jenen stösst. Im einzelnen und im ganzen hängt der Erfolg daran».

Wir möchten unsererseits hinzufügen, dass gerade das III. Capitel «das Stillen der Mütter und Ammen und die Pflege von Mutter und Kind» mit viel Nutzen gelesen und beherzigt werden kann von solchen, die die ernste Pflicht haben Kinder zu ernähren oder eine Säuglingsernährung zu überwachen. Dasselbe kann auch vom folgenden Capitel über «künstliche Ernährung» gesagt werden. Was dagegen den Abschnitt über «Nahrungsorgane und Nahrungsmittel der Kinder» anbetrifft, so könnte es wohl schwer sein einem nicht specialwissenschaftlich gebildeten Menschen daraus entsprechenden Nutzen und Vortheil zu ziehen. Hecker.

Prof. Moritz Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Aus der Praxis für die Praxis. Zweite, sehr vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 165 Abbildungen im Text und 7 Tafeln. Berlin. Verlag von Julius Springer 1897.

Vor Kurzem konnten wir eine neue Auflage, die zweite, des Buches von Prof. Moritz Schmidt begrüssen. Das erste Erscheinen vor kaum drei Jahren hat die wohlverdiente Aufnahme bei den Specialisten sowohl als auch in der ganzen Medicinerwelt gefunden und irgend eines Begleitschreibens bedarf es nun durchaus nicht. Und nur dem eigenen Bedürfniss möchten wir nachkommen, wenn wir hier nochmals betonen, dass dieses Buch, wie wenige der Lehrbücher, geeignet ist, den Leser zu fesseln, ihm für das Vorgeführte das grösste Interesse zu erwecken und ihm Sympathie einzuflössen zu dem Manne, der hierdurch seine langjährigen, bewährten practischen Erfahrungen auch den anderen in so klarer angenehmer Weise mittheilt. «Aus der Praxis für die Praxis» nennt es selbst der Verfasser und den Zweck erfüllt es wohl auch ganz. Für die praktischen Winke, welche sich der Arzt aus die sem Buche schöpfen wird, kann er dem Autor nur Dank wissen.

Zum Schlusse sei noch betont, das dieses Buch eigentlich in keiner Bibliothek eines praktischen Arztes fehlen dürfte.

Hecker.

Dr. V. Fukala (Wien): Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit, nebst Angabe einer leichtfasslichen Methode zur schnellen Berechnung der Axenlänge, optischen Constanten des Auges und Bildgrösse. Mit 28 Holzschnitten. Leipzig und Wien. Deuticke 1896.

Prof. Dr. A. Mooren (Düsseldorf): Die medicinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen. Wiesbaden. Bergmann 1897.

Die Idee, die hohen und höchsten Grade der Kurzsichtigkeit durch operative Entfernung der Linse zu heilen, ist nicht neu; sie ist schon in älterer Zeit auf Grund physiologisch-optischer Erwägungen und practischer Erfahrungen an früher myopischen Staaroperirten, wiederholt ausgesprochen worden. Mooren versuchte als Erster zu Ende der 50 Jahre, und zwar gegen den entschiedenen Protest der Koryphaeen jener Zeit, (Heidelberger Versammlung 1858) die Discission der klaren Linse bei Myopie, damals leider mit ungünstigem Ausgange. Erst nachdem in unserer Zeit die Anti- resp. Aseptik die Gefahren des operativen Eingriffes auf ein Minimum reducirt hatte, konnten solche Versuche systematisch wieder aufgenommen werden. Fukala gebührt das Verdienst zuerst mit einer theoretisch begründeten, technisch richtig ausgebildeten Methode hervorgetreten zu sein. Wie bekannt, besteht sein Verfahren in vorhergehender Discission der klaren Linse und nachfolgender Extraction der getrübten Linsenmassen. Nachdem Fukala die ersten Resultate seiner Operationen i. J. 1890 veröffentlicht hatte,* wurde das Verfahren alsbald von vielen Seiten mit Wärme aufgenommen (zuerst von Schweigger-Berlin, Pflüger-Bern, von Schroeder-St. Petersburg). Die hocherfreulichen Resultate rechtfertigten das Vertrauen, welches die Operateure in die neue Methode gesetzt hatten. Heutzutage erfreut sich diese wahrhaft segensreiche Operation bereits einer grossen Verbreitung; viele hervorragende Fachmänner besonders in den Ländern deutscher Zunge, treten mit Entschiedenheit für sie ein (v. Hippel, Sattler, Vossius u. v. A.). Die Frage der Myopieoperation steht gegenwärtig auf dem Programm der meisten ophthalmolog. Versammlungen und Congresse (so auch auf dem des XII internationalen medicinischen Congresses) und wird nun nicht eher von der Tagesordnung verschwinden, als bis die Myopieoperation ein allgemeines, unbestrittenes Bürgerrecht in der Augenheilkunde errungen hat.

In dem vorliegenden Buche fasst Fukala die Erfahrungen, zusammen die bisher mit der Operation gemacht worden sind; das Material geben ihm ca. 1000 in der Literatur niedergelegte operirte Fälle. Im ersten Theile des Buches bespricht er die Indicationen und eventuellen Contraindicationen der Operation, die Beschwerden, Gefahren und die Unmöglichkeit befriedigender optischer Correction der hohen und höchsten Myopiegrade; die Technik der Operation, die hochgradige Verbesserung des Sehvermögens durch diese, und die anderweitigen Vortheile des aphakischen Zustandes für das myopische Auge; ferner den Brechwerth der Linse und das Verhältniss zwischen Axen- und Linsenmyopie. Es folgt eine tabellarische Zusammenstellung der von einigen Klinikern (Pflüger, v. Hippel, Vossius) operirten Fälle. Im zweiten Theile giebt Verfasser eine Anleitung zur Berechnung der Axenlänge, der optischen Constanten des Auges und der Bildgrösse; er wird dabei dem Bedürfniss des practischen Augenarztes gerecht und vermeidet die höhere Mathematik, soweit das bei dem mathematisch-optischen Character dieser Materie überhaupt möglich ist. Der Styl ist nicht immer einwandsfrei, doch wird der Leser dafür durch die Originalität der Schreibweise entschädigt. Störend sind dagegen die recht zahlreichen Druckfehler in dem sonst gut ausgestatteten Buche.

Titel und Inhalt des Mooren'schen Werkes sind weiter gefasst: Verfasser behandelt darin die Ursachen, den Ent-

wickelungsgang, die Complicationen der Myopie, sowie deren Verhütung und Behandlung. Auf die Beziehungen der Accomodationsanstrengung und der übermässigen Convergenz zur fortschreitenden Kurzsichtigkeit wird dabei näher eingegangen. Von besonderem Interesse sind im gegenwärtigen Augenblick die Capitel über «die operative Beseitigung der durch Linsentrübungen bedingten Kurz- und Schwachsichtigkeit» und über «die operative Umwandlung der Kurzsichtigkeit in Weitsichtigkeit». Verfasser berichtet darin ausführlich über seine seit d. J. 1858 in dieser Richtung angestellten Versuche, bespricht die einzelnen Acte der Operation und giebt seiner Genugthuung über die Erfolge des Verfahrens von Fukala Ausdruck; am Schlusse giebt er eine tabellarische Uebersicht über 156 von ihm an 80 Patienten (seit 1893) ausgeführte Myopieoperationen. Der persönliche Ausfall gegen den verstorbenen grossen Physiologen und Augenarzt Donders, der vor nunmehr 40 Jahren gegen den Verfasser opponirte, hätte füglich unterbleiben sollen; diese Stelle (pg. 90—91) gehört nicht zu den Zierden des sonst gut geschriebenen und ausgestatteten Buches.

Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Blondel behandelt die Tabes mittelst Flexion der Wirbelsäule. Er lässt den Kranken auf den Rücken legen, die Kniee so stark beugen, dass dieselben zum Halse reichen und in dieser Stellung fünf Minuten täglich verharren; zu diesem Behufe genügt ein einfacher Riemen, der um den Hals, von da unter die Kniee und unter die Sohlen geht. Diese auch von Erb empfohlene Methode hat B. in 5 Fällen angewandt, darunter zeigen 2 ein völliges Verschwinden der Schmerzen und der Parese der Blase seit nunmehr 3—4 Jahren. Blondel glaubt, dass sein Verfahren eine ebenso erhebliche Dehnung der Hinterstränge bewirken kann, wie das von Gilles de la Tourette. (Ungarisch-med. Presse Nr. 21).

— Auf Grund einiger charakteristischer Fälle lenkt Ortner die Aufmerksamkeit auf ein Symptom hin, das für die Topik der intracraniellen Krankheitsherde von grösster Bedeutung ist — die Constatirung der Differenz in der Athmungsbetheiligung der beiden Thoraxhälften: ungleiche Excursionsweite, ungleiches Einsetzen, ungleiches Ende, ungleiche Stärke des Athemgeräusches etc. Mag der intracranielle Herd im Sinne einer reizenden oder lähmenden Ursache wirken, jedesmal bleibt die contralaterale Thoraxhälfte bei der Athmung zurück. Die Berücksichtigung dieses Phänomens lehrt uns die sogenannte gleichseitige Hemiplegie intra vitam richtig zu diagnosticiren; man erkennt sie leicht an dem Contrast der anscheinend einseitigen Extremitätenlähmung und der jenseitigen Athmungsstörung. So gelang es dem Verf. auf diese Weise in einem Falle von Pachymeningitis haemorrhagica interna die richtige Diagnose zu stellen.

(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 24).

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 29. Januar 1897.

1. Dr. Dahlfeld demonstrirt eine Röntgenplatte, die einen im Bulbus steckenden Fremdkörper nachweist.

2. Dr. O. Klemm weist unter Vorlegung diesbezüglicher Tabellen auf die gegenwärtig enorm hohe Scharlachmorbidität und Mortalität hin und will damit zu einer Erwägung darüber Anregung geben, ob und wieweit man durch bestimmte Maassnahmen in dieser Beziehung prophylactisch wirken könne. Eine Hauptursache der enormen Verbreitung der Epidemie liege jedenfalls in den Schulen, die häufig von gesunden Angehörigen erkrankter Kinder besucht würden und wäre daher dieser Punkt in erster Linie zu berücksichtigen.

Dr. Miram theilt Dr. Klemm's Ansicht, dass die Schulen sehr wesentlich zur Verbreitung der Scarlatina, wie überhaupt der Infectionskrankheiten beitrügen. Der einzige Weg, hier Abhülfe zu schaffen, sei der der Legislative. Was auf privatem Wege zu erreichen sei, werde in den gebildeten Ständen meist schon geleistet, den Ungebildeten gegenüber sei der Arzt ohne Strafgesetz machtlos. Eine Verständigung mit der Schulobrigkeit auf privatem Wege anzubahnen, dürfte ausserhalb der Competenz der Gesellschaft liegen.

Dr. O. Klemm: Es wäre vielleicht doch möglich, durch Mittheilung einer Resolution der Gesellschaft an zuständiger Stelle der Legislative eine Anregung in dieser Sache zu geben.

Dr. Mey: Eine Erklärung für die augenblickliche starke Zunahme der Epidemie und ihren bösartigen Character zu finden sei schwierig. Der an sich verschiedene Character der verschiedenen Epidemien, sowie auch der einzelnen Fälle derselben Epidemie weise darauf hin, dass verschiedenen in ihrer Einwirkung schwieriger zu bestimmenden Factoren, wie z. B. individuellen (Disposition), socialen, meteoristischen etc. Verhältnissen ein bestimmender Einfluss auf den Character einer Epidemie zukomme. Gegenüber diesen, unserer directen Erklärung sich entziehenden Factoren erscheine es einseitig, nur auf die Verhütung der directen Uebertragung durch Isolirung hinzuwirken und halte er es kaum für möglich, den Gang einer Epidemie dadurch in irgend nennenswerther Weise zu beeinflussen. Bei sporadischen Fällen könne ja durch Isolirung gewiss etwas erreicht werden, doch seien im Ganzen unsere Kenntnisse über die Art der Scarlatinainfection noch zu unsicher, um daraufhin bestimmte, allgemeingültige Regulative zu veranlassen.

Dr. Miram erblickt einen Widerspruch in Dr. Mey's Ausführungen. Wenn derselbe der Isolirung im Hause des Kranken ihren Werth nicht abspräche, so sei doch jedenfalls die Fernhaltung eventuell die Infection vermittelnder Kinder von der Schule nicht unberücksichtigt zu lassen.

Dr. Deubner: Wirkliche praktische Resultate wären wohl nur auf legislativem Wege zu erreichen. Er persönlich halte ebenfalls die Schule für einen Hauptverbreitungsherd der Scarlatina und glaube er, dass eine Anzeige der Erkrankungen bei der Schulobrigkeit wohl durchführbar und in gewissem Grade wirksam sein könne. Viel schwieriger sei es, den socialen Missständen gegenüber zu treten, welche gleichfalls an dem Aufflackern der Epidemie hervorragenden Antheil haben, indem häufig eine Isolirung des Kranken ganz undurchführbar sei. Ueberführung der Kranken, die im Hause nicht isolirt werden können, ins Krankenhaus scheitere oft an Vorurtheilen der ungebildeten Bevölkerung und wäre andererseits bei etwa erreichbarer pflichtgemässer Verbringung der Kranken ins Hospital kaum genügend Raum vorhanden.

Um gegen Unbildung und Vorurtheil zu wirken, habe er in der Kinderambulanz des Rothen Kreuzes Blanquette nach Art der von Rauchfuss in St. Petersburg eingeführten herrichten lassen, die er den Angehörigen der erkrankten Kinder übergebe und die eine kurze Belehrung über die wichtigsten Punkte enthielten.

Es wären also als wesentlich zu berücksichtigen: 1) die Schule, 2) Aufklärung der niederen Bevölkerungschichten, 3) Vorsichtsmassregeln der Aerzte gegen Verschleppung der Krankheit durch ihre Person.

Dr. Hampeln: Die Verbringung sämmtlicher Kranken ins Hospital wäre ja an sich das ideale Verfahren, leider aber in praxi nicht ausführbar. Am wichtigsten erscheine daher, zu erörtern, was bei Verbleiben des erkrankten Kindes im Hause zu geschehen habe. Als anerkannt könne ja gelten, dass bei genügender Isolirung des Kranken gesunde Kinder desselben Haushaltes die Schule besuchen dürften. Die Forderung des Fernhaltens der Kinder aus der Schule gar zu rigoros zu stellen, könne sein Missliches haben. Was sei nun unter genügender Isolirung zu verstehen? Die darauf bezüglichen Massregeln seien ganz dem freien Ermessen des Arztes überlassen; das sei auch gewiss ganz richtig, da nur genaue Berücksichtigung der vorhandenen Räumlichkeiten die Massregeln wirksam gestalten könne. Daher scheine ihm gerade auf diesem Gebiet die Formulirung gewisser Normen von allgemeiner Gültigkeit wichtig und möchte er besonders auf diesen Punkt die Discussion gelenkt wissen.

Dr. Deubner: Angesichts der Thatsache, dass auch ganz leichte Fälle bei von ihnen aus Inficirten schwerste Erkrankungen hervorrufen können, sei eine Isolirung nicht als vollständig zu erachten, so lange das gesunde Kind demselben Haushalt angehört, der das erkrankte beherbergt. Daher sei seiner Ansicht nach das Besuchen der Schule seitens der Angehörigen scharlachkranker Kinder principiell zu untersagen.

Dr. O. Klemm: Es beständen in der That noch grosse Verschiedenheiten in den Anschauungen über den Infectionsmodus bei Scarlatina. Jürgensohn und andere seien z. B. der Ansicht, dass eine Uebertragung durch Mittelspersonen kaum zu befürchten sei, während Andere und mit ihnen er gerade diesen Weg der Verbreitung für den hauptsächlichsten halten.

Ein Entwurf über die Hauptpunkte zur Verhütung der Infection müsste sich im Wesentlichen an die in Deutschland geltenden Bestimmungen anlehnen, unter Berücksichtigung der Thatsache, dass nach dem 15. Lebensjahr die Morbidität an Scarlitina ganz erheblich sinke.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Die Eröffnung des anatomisch-chirurgischen Museums, welches von der hiesigen russischen chirurgischen Gesellschaft zum Andenken an N. J. Pirogow angelegt ist, findet Sonntag, den 26. October d. J. um 1 Uhr Mittags statt. (Wr.)

— Am 11. October erfolgte im Auditorium der chirurgischen Hospitalklinik der militärmedicinischen Academie die Enthüllung der Büste des im September 1888 verstorbenen Professors der Chirurgie E. J. Bogdanowski.

— Am 5. October feierte der Oberarzt des Moskauer Gefängnisshospitals Dr. Peter Popow das 25-jährige Jubiläum seier ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar ist seit 1888 auch Docent für Nervenkrankheiten an der Moskauer Universität.

— In Wien beging am 4/16. October der bekannte Ohrenarzt Professor Dr. Joseph Gruber sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— Vor Kurzem vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. H. Tarnowski das Amt des Directorsgehülfen an der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja) bekleidet.

— Befördert: Der Oberarzt des Pagencorps Sr. Kaiserl. Majestät, Dr. Jürgenson — zum Geheimrath, unter Verabschiedung, auf eigenes Ersuchen, mit Uniform und Pension.

— Verstorben: 1) Am 6. October in Kiew der vielbeschäftigte Chirurg Dr. Alexander Jazenko am Schlage im Alter von 55 Jahren. Im Jahre 1873 habilitirte er sich als Privatdocent für Chirurgie an der Kiewer Universität und wurde während seiner Docenten-Thätigkeit vom Conseil der Universität zwei Mal zum Professor gewählt, jedoch in dieser Stellung nicht bestätigt. Seine wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte er in verschiedenen deutschen und russischen med. Zeitschriften. 2) In Ssaratow der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Ernst Rosenthal, im 62. Lebensjahre. Er ist nahezu 40 Jahre als Arzt thätig gewesen. 3) Im Kirchdorf Sujewa (Gouv. Moskau) der Fabriksarzt W. N. Kiparissow an einer malignen Neubildung des Halses im 40. Lebensjahre. 4) Am 1/13. October in Breslau der bekannte Professor der Physiologie Dr. Rudolf Heidenhain, 62 Jahre alt. Seine wissenschaftlichen Arbeiten erstrecken sich auf viele Gebiete der Physiologie so auf die Physiologie der Drüsen, Muskeln und Nerven, die thierische Wärme, den Hypnotismus u. s. w. 5) In Cambridge der Professor der Pathologie, Dr. Charles Smart Roy, einer der bedeutendsten jüngeren Pathologen Englands, im 42. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte lange Zeit in Deutschland bei Dubois-Reymond, Virchow, Goltz, Recklinghausen und Cohnheim gearbeitet, bevor er die neugegründete Professur in Cambridge im J. 1884 erhielt.

— Zum Oberarzt des Pagencorps ist, wie wir erfahren, der bisherige Oberarzt des hiesigen I. Cadettencorps, wirkl. Staatsrath. Dr. J. P. Starkow, ernannt worden.

— Bis zur definitiven Besetzung des Lehrstuhls der Dermatologie und Syphilidologie an der militär-medicinischen Academie sind die betreffenden Vorlesungen und die Leitung der Klinik den Privatdocenten Dr. P. Grazianski und Dr. T. P. Pawlow übertragen worden.

— Dr. W. Grusdew hat sich als Privatdocent für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten an der militär-medicinischen Academie habilitirt.

— Der bekannte Physiologe. Professor extraord. Dr. Hermann Munk (Berlin), welcher bei der Besetzung des Dubois-Reymond'schen Lehrstuhles trotz des Vorschlages der med. Facultät übergangen wurde, ist jetzt zum ordentlichen Honorarprofessor in der Berliner medicinischen Facultät ernannt worden. (Allg. med. Centr.-Ztg.)

— Für den neuerrichteten Posten eines Chefs der Sanitätsabtheilung bei der Moskauer Stadtverwaltung ist der bisherige Oberarzt der Katharinen-Abtheilung des städtischen Arbeiter Hospitals. Dr. Woldemar Schnaubert gewählt worden.

— Die Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau hat beschlossen, eine Prämie auf den Namen ihres verstorbenen Mitgliedes, des Privatdocenten der Chirurgie an der Moskauer Universität Dr. Johann Lang zu stiften, welcher als Oberarzt einer Sanitätsabtheilung des russischen Rothen Kreuzes auf dem griechisch-türkischen Kriegsschauplatze thätig war, auf der Rückreise nach Moskau aber in Odessa am Typhus erkrankte und im Juli d. J. dieser Krankheit erlag. Die Prämie soll für die besten Arbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie vergeben werden.

— Dr. Eugen Iwanow hat die Concession zur Herausgabe einer neuen medicinischen Wochenschrift unter dem Titel «Hippokrates» erhalten. Das neue Journal will alle Gebiete der Medicin und auch alle Standesfragen berücksichtigen und wird nur 3 Rbl. jährlich kosten.

— Bei dem Krankenhause der hiesigen Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern ist vor Kurzem eine Abtheilung von 6 Betten für krebskranke Frauen eröffnet worden. Zum Unterhalt dieser Abtheilung hat ein gewisser A. W. Prisselkow 30,000 Rbl. zum Andenken an seine verstorbene Frau gespendet.

— Die internationale Lepraconferenz, welche vom 11.—17. October n. St. in Berlin tagte, war auf Einladung der deutschen Regierung von allen Ländern, die an der Leprafrage betheiligt sind, beschickt worden. Unter Anderen nahmen an der Conferenz, abgesehen von den deutschen Lepraforschern Prof. Besnier aus Paris, Prof. Neumann aus Wien, Dr. Armauer Hansen aus Norwegen, Dr. Ehlers aus Kopenhagen, Prof. O. Petersen aus St. Petersburg, Prof. Dehio aus Dorpat, Dr. v. Bergmann aus Riga theil. Zum Präsidenten der Conferenzsitzungen wurde einstimmig der älteste unter den lebenden Lepraforschern, Prof. Rudolf Virchow gewählt. Was das Gesammtergebniss der Berathungen anbetrifft, so wurde von der Conferenz als Krankheitserreger der Lepra der Bacillus Leprae angesehen, wenn auch die Bedingungen, unter denen sich dieser Bacillus entwickelt noch unbekannt sind. Zu Gunsten der contagionistischen Auffassung der Lepra hat die Anschauung, dass die Lepra durch Vererbung sich verbreite, immer mehr Anhänger verloren. Angesichts der bisher erfolglosen Behandlung der Lepra und der schweren persönlichen und öffentlichen Schäden, welche diese Krankheit mit sich bringt, hält die Lepraconferenz auf Grund ihrer contagionistischen Auffassung der Lepra die Isolirung für das einzige radicale und am raschesten wirkende Mittel zur Unterdrückung der Lepra. Entsprechend dieser Anschauungen, wurden nachstehende von Dr. A. Hansen (Bergen) eingebrachten Anträge einstimmig angenommen: 1) In allen Ländern, in denen die Lepra herdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung der Seuche. 2) Obligatorische Anmeldung, Ueberwachung und Isolation der Leprösen ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Aerztezahl zu empfehlen. 3) Es muss den Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten, die näheren Vorschriften, welche den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Oct. d. J. 7682 (101 mehr als in d. Vorw.), darunter 595 Typhus — (19 wen.), 819 Syphilis — (10 wen.), 180 Scharlach — (16 mehr), 230 Diphtherie — (20 mehr), 38 Masern — (9 mehr) und 19 Pockenkranke — (4 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis 11. October 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
266	230	496	94	31	91	16	9	18	37	52	40	46	34	24	3	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 23, Diphtherie 43, Croup 5, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 8, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 12, Krankheiten der Verdauungsorgane 49, Todtgeborene 22.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. October 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. October 1897.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.
Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—7. Anstaltsleiter Dr. Th. Heller.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versand der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Furbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(55) 10—8.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ
АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.
С.-Петербургъ, Гороховая 33.

Поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ.
ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

Перевязочныя средства, бандажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенснэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:
МОЛОЧНОЙ МУКИ И СГУЩЕННАГО МОЛОКА
Г. НЕСТЛЕ въ ВЕВЕ.
ПИТАТЕЛЬНЫЯ ВЕЩЕСТВА „MALTOS CANNABIS"
Фабрики „КРАСНЫЙ КРЕСТЪ" въ Стокгольмѣ.
Карамель изъ травъ „КЕТТИ ВОССЪ". В. Семадени.
Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается безплатно.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. **Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.**



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(95) 26—4.

Dr. Bruno Alexander Reichenhall-NERVI.

NERVI (Riviera d. L.) **Dr. Weissenberg-Colberg**

In **San Remo** prakt. wie seit Jahren **Dr. med. Steinberg**, Grossgmain und Reichenhall.

LA BOURBOULE
MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

VICHY
SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS
GR^DE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source.

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg,
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Барановъ, А., Руководство для ротныхъ фельдшеровъ и фельдшерскихъ учениковъ. 1897. Rbl. 1.50.
Вергеръ, Гигіэна, діэта и лѣченіе худобы и связанныхъ съ нею заболѣваній. Перев. съ 7-го нѣмецк. изд. 1897, Rbl. 0.20.
Мечниковъ, И., Успѣхи науки въ изученіи чумы и въ борьбѣ съ нею. Рѣчь, произнесенная въ Москвѣ на Общемъ Собраніи XII межоународнаго съѣзда врачей. 1897, Rbl. 0.40.
Харечко, И., Краткое руководство общей патологіи. 1897, Rbl. 1.20.
Arndt, R., Was sind Geisteskrankheiten? (Sammlung II, 1). 1897, Rbl. 0.85.
Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XIX, Heft 2. Mit Abbildungen und 15 Tafeln. 1897, Rbl. 5.50.
Chotzen, M., Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten. Heft I. 1897, Rbl. 1.65.
Esmarch, E., Hygienische Winke für Wohnungssuchende. 1897, Rbl. 0.55.
Eternod, A., Guide technique du laboratoire d'histologie normale et éléments d'anatomie et de physiologie générales. Ed. II-ème. Avec 141 fig. 1897, Rbl. 4.00.
Hacker, A., Ueber abdominale Totalextirpation des schwangeren myomatösen Uterus. 1897, Rbl. 0.55.
Kommunale Wohlfahrtseinrichtungen Nr. 12: Die planmässige Schwindsuchtsbekämpfung durch Errichtung von Heilstätten f. Lungenkranke. 1897. Rbl. 1.65.
König, J., Procentliche Zusammensetzung und Nährgeldwerth d. menschlichen Nahrungsmittel. VII-te Auflage. 1897, Rbl. 0.65.
Koerner, H., Ueber die Beziehungen der Erkrankungen der Zähne zu den chronischen Schwellungen der regionären Lymphdrüsen. 1897, Rbl. 0.60.
Ughetti, G., Fra medici e clienti. Ricordi di un vecchio medico. 1897, Rbl. 1.65.

Dieser № liegt ein Prospect über «**Dr. Kothe's Sanatorium Friedrichroda**» bei.

Дозв. ценз. Спб. 18 Октября 1897 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, (6. November) 25. October **1897**

Ueber Hernientuberculose.

Von

Dr. med. A. von Brackel — Dorpat.

Vortrag, gehalten auf dem IX. livländischen Aerztetage in Pernau.

(Schluss).

M. H. Die beiden vorliegenden Fälle bieten viel Gemeinsames, weisen aber in anderer Hinsicht auch grosse Verschiedenheiten auf. Der pathologisch-anatomische Befund, wie er sowohl makroskopisch als mikroskopisch sich erkennen liess, giebt uns das typische Bild einer tuberculösen Erkrankung des Bauchfells, speciell des Bruchsackes. Im ersten Fall war die Erkrankung deutlicher ausgeprägt als im 2., aber die subjectiven und objectiven Symptome waren weniger ausgesprochen. Vielleicht mag der Grund für dieses Verhalten in der verschiedenen Resistenzfähigkeit beider Individuen zu suchen sein, denn im ersten Fall handelte es sich um einen kräftigen, arbeitsfähigen, soweit gesunden Mann, während im zweiten Fall eine zarte, doch mehr oder weniger schwächliche, vorher oft krank gewesene Frau von der Erkrankung befallen war. — Im ersten Fall ist der Ausgangspunkt der Tuberculose unklar, im zweiten Fall dagegen haben wir Anhaltspunkte, die uns das Entstehen der Erkrankung wohl erklärlich machen: es hat vor längerer Zeit eine Pleuritis in recidivirender Form bestanden und in letzter Zeit hat sich ein chronischer Darmcatarrh eingestellt, der sehr langwierig war und bis zur Zeit der Operation, und über dieselbe hinaus, dauerte. Zudem bestand Ascites, der im Fall I nicht nachgewiesen werden konnte. Daher lässt es sich wohl mit Sicherheit annehmen, dass im zweiten Fall der Ausgangspunkt für die Tuberculose des Bruchsackes in dem Bestehen einer Darm- und Peritoneal-Tuberculose zu suchen war, die, wenn auch nicht sehr ausgebreitet, doch in geringerem Maasse schon längere Zeit vor dem Auftreten des Bruches bestanden haben muss. Endlich zeigen beide Fälle insofern einen grossen Unterschied, als im ersten Fall die Hernie früher bestand als die Tuberculose, da die Symptome, die auf eine Bruchsacktuberculose hinwiesen, erst später auftraten, nachdem die Hernie schon Jahre lang bestanden hatte. Im zweiten Falle dagegen hatte sich die Hernie später entwickelt, zu einer Zeit, als schon von Seiten des Abdomens Anhaltspunkte für eine Erkrankung, exsudativ-tuberculöser Natur vorlagen, sie erschien somit als eine directe Folge der tuberculösen Peritonitis.

Im zweiten Falle war, wenn man die exsudative Peritonitis, die tuberculöse Veranlagung der Patientin mit in Rechnung zog, die Diagnose Tuberculosis herniosa mit grosser Wahrscheinlichkeit leicht zu stellen, während sie im I. Fall, wo jegliche Anhaltspunkte für eine Erkrankung des Bruchsackes fehlten, unmöglich zu stellen war. In der That ist die Diagnose einer isolirten Hernientuberculose, wo garkeine anderen Anhaltspunkte vorhanden sind, so gut wie unmöglich, wie es auch die betreffenden Angaben der Autoren zeigen. Die isolirte Hernientuberculose wurde stets zufällig bei Sectionen oder Operationen gefunden. Es liegt das daran, dass wir keinen einheitlich feststehenden Symptomencomplex besitzen.

Leichter gestaltet sich die Diagnose bei gleichzeitig bestehender Bauchfelltuberculose, die aber in ihren Frühstadien auch leicht übersehen werden kann, und bei gleichzeitiger tuberculöser Veranlagung des Individuums.

Die Symptome, die nun für eine Tuberculosis herniosa sprechen können, würden sich in folgende Punkte zusammenfassen lassen.

1) Im Bruchsack findet sich meist kein Intestinum, sondern Flüssigkeit.

2) Der Bruchsack fühlt sich im Stehen, durch die in ihm enthaltene Flüssigkeit, die bei vorhandenem Ascites unter einem gewissen Druck steht, prall gespannt an.

3) Wenn Reponibilität möglich ist, so kann die Bruchgeschwulst bei aufrechter Stellung des Patienten nur mit grosser Mühe durch gleichmässig, allseitig wirkenden Druck verkleinert und in die Bauchhöhle zurückgebracht

werden. und wenn dann nicht sofort der Finger den Leistenkanal verschliesst, füllt sich der Bruchsack sofort von neuem, wie vor der Reposition.

4) Beim Reponiren fühlt man kein Gurren. wie es ziemlich regelmässig aufzutreten pflegt.

5) In Rückenlage des Patienten kann der Bruchsackinhalt von selbst in die Bauchhöhle abfliessen, um dann sofort wieder im Bruchsack zu erscheinen und denselben gleichmässig auszudehnen, wenn der Patient sich aufrichtet oder aufsteht.

6) Der Percussionsschall ist leer.

7) Der Bruchsack fühlt sich verdickt und uneben an.

8) Die Bruchgeschwulst kann äusserlich recht empfindlich sein.

Punkt 1—6 decken sich mit den Symptomen der Hydrocele communicans.

Ueber das Zustandekommen der Hernien-Tuberculose sind die Ansichten noch sehr verschieden. Lejars behauptet: «la peritonite tuberculeuse herniaire est une Peritonite entièrement locale». — Jonnesco pflichtet dieser Annahme bei und geht noch weiter, indem er annimmt, dass bei der Complication mit Tuberculose des übrigen Peritoneums, sie von der Hernientuberculose aus entstanden sei. — Die Hernie sei als ein Prädilectionssitz für die Tuberculose anzusehen, sowohl wegen der anatomischen Lage, der geschädigten Circulationsverhältnisse, als auch wegen eventueller «Entzündungen» oder hier statthabender Traumen. Unter den letzteren unterscheidet Jonnesco wesentlich zwischen einmal heftig einwirkenden Traumen und zwischen denen, die klein und unbedeutend sind, sich wiederholen, wenig Schmerzen verursachen und deshalb garnicht beachtet werden. Diese rufen langsam aber sicher Ernährungsstörungen hervor. Namentlich glaubt Jonnesco, dass diese kleinen, immerfort andauernden Traumen durch Bandagen hervorgerufen werden, die sowohl beim Gehen beständig anstreifen und anderseits einen beständigen Druck auf den Bruchsack ausüben.

Diese von Jonnesco angeführten Schädlichkeiten können aber nicht einzig und allein das wesentliche Moment für das Zustandekommen der Hernientuberculose sein, denn dann wäre es wohl, wie Bruns mit Recht anführt, sehr merkwürdig, dass bis jetzt nur diese wenigen Fälle zur Beobachtung gelangten.

Als Hauptausgangspunkte für die Hernientuberculose. werden wohl einerseits der Darm, anderseits die Geschlechtsorgane bezeichnet werden können. — Roth ist der Ansicht, dass die Bruchsacktuberculose entweder ohne Betheiligung des übrigen Peritoneums, oder aber mit gleichzeitiger Erkrankung des gesammten Bauchfells einhergehen kann. Im ersten Fall würde sie dadurch entstehen, dass entweder in einem im Bruchsack liegenden Darmstück, begünstigt durch Entzündung, Traumen oder Circulationsstörungen sich tuberculöse Geschwüre entwickeln und von diesen aus, das der Hernie anliegende Peritoneum inficirt wird — oder, dass tuberculöses Material von anderen Orten in die Bauchhöhle einbricht und in der bestehenden Hernie einen Schlupfwinkel findet, wo es sich ungestört ansiedeln und entwickeln kann.

Im zweiten Fall tritt bei gleichzeitiger Erkrankung des gesammten Bauchfells die Hernientuberculose als Theilerscheinung einer allgemeinen Miliartuberculose auf oder aber entsteht, indem tuberculöses Material aus dem Peritoneum oder Darm, in der Hernie einen locus minoris resistentiae findet.

Es kann somit die Hernientuberculose als primäre wie auch als secundäre Erkrankung auftreten, letzteres ist wohl die Regel. — Auch Bruns und Tenderich pflichten dieser Annahme bei, dass die Hernientuberculose in der Regel Theilerscheinung einer allgemeinen Bauchfelltuberculose wäre, dass sie aber in seltenen Fällen auch als primäre Erkrankung auftreten könne.

Was unsere beiden Beobachtungen anlangt, so ist die Bruchsacktuberculose in Fall II zweifellos eine Theilerscheinung der allgemeinen Bauchfelltuberculose, in Fall I dagegen dürfte die Annahme nicht ungerechtfertigt erscheinen, sie als primäre Erkrankung aufzufassen. — Abgesehen davon, dass von Seiten des Peritoneums sich weder subjective noch objective Krankheitserscheinungen nachweisen liessen, fand sich die Tuberculose nur auf den Bruchsack und den in ihm adhärenten Netzstrang beschränkt. Gleich oberhalb des inneren Leistenringes nahmen die Knötchen ab und fanden sich nur ganz vereinzelt auf 2 oder 3 Kuppen von Darmschlingen, die unmittelbar der Bruchpforte angelegen hatten. Das übrige Peritoneum parietale und viscerale erwies sich als gesund.

Aus der Annahme, dass die Bruchsacktuberculose sowohl primär als secundär auftreten kann, ergiebt sich für die Therapie, dass ein operativer Eingriff die Entfernung der erkrankten Theile ermöglichen, und somit lediglich durch die Exstirpation des Erkrankten, Heilung erzielt werden kann. Doch auch in den Fällen, wo eine völlige Entfernung des Erkrankten nicht möglich ist, wo die Hernientuberculose als Theil der Folgeerscheinung einer allgemeinen miliaren Bauchfelltuberculose auftritt, wird durch die Entfernung des Bruchsackes, da hierbei das Peritoneum eröffnet werden muss, jene wunderbare Wirkung ausgelöst, die erfahrungsgemäss die Laparotomie auf die Peritonealtuberculose ausübt.

Die erste Beobachtung dieser Art, dass nämlich durch eine einfache Probelaparotomie eine tuberculöse Peritonitis zur Ausheilung gelangte, besitzen wir bereits aus dem Jahre 1862 von Spencer Wells. In der Folge wurden dann ähnliche Fälle von Dohrn, Hegar, Lindfors, Schröder u. A. mitgetheilt, jedoch erst König zog 1884 aus diesen Beobachtungen die praktische Folgerung, indem er den einfachen Bauchschnitt als wirksamstes Heilmittel der Bauchfelltuberculose empfahl und 1890 war er bereits im Stande 131 derartige Fälle mit 65% dauernden Heilungen zu berichten. Es mehrten sich die Fälle, doch war jahrelang die Frage eine vielumstrittene, indem eine Anzahl von Autoren gegen, eine andere Gruppe für die Annahme und den Vorschlag König's sich entschied.

Die letzten neueren Statistiken, Lindner mit 205, Varnek mit 240, Aldibert mit 322 und Roersch mit 388 Fällen brachten den Streit zum Austrag, indem durch sie die hohe Bedeutung des chirurgischen Eingriffes bei der Behandlung der Bauchfelltuberculose sichergestellt wurde.

Ueber den Heilungsvorgang und über die Rückbildung der tuberculösen Peritonitis war man sich indessen nicht klar und die Annahme, dass das Sonnen- resp. Tageslicht oder der Luftzutritt allein das Specificum gegen das Weiterumsichgreifen der Tuberculose sein dürften, verlor allmählich an Bedeutung, als man histologische Untersuchungen an Relaparotomirten anstellte.

Jordan sammelte 15 Fälle erheblicher Besserung von Bauchfelltuberculose nach stattgehabter Laparotomie, von denen 4 Fälle bei der Section, 11 Fälle bei wiederholtem Bauchschnitt zur Untersuchung gelangten. Die klinischen Erfahrungen wurden durch die mikroskopischen Untersuchungen bestätigt und es bildete sich die Annahme aus, dass es sich beim Heilungsvorgang um Wucherungen des Bindegewebes handele, durch welche die specifischen Bestandtheile des Tuberkels gleichsam erdrückt würden. — Es würde zu weit gehen, wollte ich hier die überaus zahlreichen Angaben der Autoren Ihnen

wiedergeben; die Literatur über diese Beobachtungen ist sehr gross und die mir zugemessene Zeit zu kurz.

Der experimentellen Untersuchungen jedoch, die in den letzten Jahren gemacht worden sind, um der Lösung dieser Frage näher zu treten, muss ich gedenken, um einigermassen Ihnen ein klares Bild über den Heilungsvorgang der Bauchfelltuberculose geben zu können.

Kischensky veröffentlichte 1893 seine Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen, nach denen die Rückbildung der Tuberkel einer Leucocyteninfiltration und Phagocytose, mit nachfolgender Entwickelung von Bindegewebe zu verdanken sei. Dieselbe Anschauung vertraten Bumm und Stchegoleff. — Nannoti und Baciocchi kamen auf Grund ihrer an Hunden und Kaninchen gemachten Beobachtungen zu dem Schluss, dass gleich nach der Laparotomie eine mässige kleinzellige Infiltration an der Peripherie der Tuberkelknoten stattfindet. Die Tuberkelbacillen werden durch, vornehmlich von Seiten der Epitheloidzellen des Tuberkelknotens ausgeübte Phagocytose, vernichtet. Darauf erfolgt der Zerfall der Zellelemente des Tuberkels, die sodann durch ein, aus der Wucherung des umliegenden Bindegewebes entstehendes, vasculäres Gewebe ersetzt werden; hierauf folgt eine langsame Zertrümmerung und Auflösung der Zellen, welche vom Centrum des Knötchens nach dem Rande zu fortschreitet, während sich vom Rande her Gefässneubildung mit Auftreten zahlreicher Fibroblasten geltend macht. Dadurch kann der Tuberkelknoten sich entweder in ein Knötchen aus fibrösem Gewebe umwandeln oder gänzlich resorbirt werden, ohne auch nur eine Spur zu hinterlassen.

Gerolamo Gatti trat auf Grund seiner zahlreichen, an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden gemachten Experimente dieser Anschauung entgegen und stellte die hydropische Entartung der epitheloiden Zellen in erster Linie als Grundlage des Heilungsprocesses der Tuberculose hin. Mazzoni beschreibt ähnliche Vorgänge, indem er durch cystische Entartung die Rückbildung der Tuberkelknötchen annimmt.

Gerolamo Gatti konnte vor allen Dingen feststellen, dass sich ein deutlicher Unterschied in der Art und Weise kundgab, in welcher einerseits die käsige, andererseits die fibröse Form der Bauchfelltuberculose auf die Laparotomie reagiren. Bei den Tuberkeln, die schon der Verkäsung anheimgefallen waren, fand sich die Bindegewebskapsel um die Käsemassen in ganz gleicher Weise bei den operirten, wie bei den nicht operirten Thieren. Die Wirkung der Laparotomie bestand nur darin, dass das Fortschreiten des Processes aufgehalten wurde und der centrale Käseherd sich nicht weiter vergrösserte.

Bei den nicht käsig veränderten Tuberkeln, d. h. im Stadium praecaseosum, beginnt die Heilung im Innern des Knötchens mit einer Vacuolenbildung d. h. einer hydropischen Entartung des Protoplasmas der epitheloiden Zellen, welche später auch den Kern ergreift und zum Zerfall der Zelle führt. Zuletzt werden auch die Zellmembranen zerstört und durch die Auflösung mehrerer benachbarter Zellen entstehen unregelmässige grössere und kleinere Hohlräume, die sich langsam verkleinern und schliesslich bis auf die letzte Spur verschwinden. Auf diese Weise werden die epitheloiden Zellen ganz allmählich aufgelöst und resorbirt, ohne dass sich ihre Zerfallsproducte aufstauen und das Eingreifen von Wanderzellen nothwendig machen, wie dieses bei den käsigen Tuberkeln der Fall ist.

Ausser diesen in histologischer Hinsicht beweisenden Resultaten der Experimente von Gatti, durch welche die Ausheilung der tuberculösen Peritonitis durch die Laparotomie als Thatsache sicher gestellt zu sein scheint, hat sich noch ein für die Therapie sehr wichtiges Moment herausgestellt — nämlich: «dass die Wirkung der Laparotomie auf das tuberculöse Gewebe sehr bedeutend von dem Zeitpunkt der Operation abhängt». Wird die Operation zu früh vorgenommen, d. h. zu einer Zeit, in welcher der Tuberkel noch nicht seine volle Entwickelung erreicht hat, so übt sie überhaupt keinen Einfluss auf den tuberculösen Process aus und dieser nimmt seinen gewohnten Verlauf. Wird sie andererseits zu spät vorgenommen z. B. bei sehr vorgeschrittener Tuberculose, wo die Tuberkelknötchen schon bedeutend in Verkäsung übergegangen sind, so hat sie entweder garkeine Wirkung oder kann höchstens nur einen Stillstand im Weiterschreiten des Processes bedingen, niemals jedoch wird eine Heilung in histologischem Sinne erfolgen.

«Die Heilung der Bauchfelltuberculose durch die einfache Laparotomie dürfte demnach darauf beruhen, dass in Folge des chirurgischen Eingriffes ein ziemlich reichliches seröses Exsudat in der Bauchhöhle auftritt, welches die Tuberkelbacillen entweder vernichtet oder abschwächt, jedenfalls sie aber in ihrer weiteren Vermehrung hindert. — Die Proteine der durch die Operation getödteten oder geschädigten Bacillen leiten dann die langsame Entartung der epitheloiden Zellen ein, welche der histologischen Rückbildung des Tuberkels zu Grunde liegt». — (Gatti l. c.).

M. H. Was nun für die allgemeine Bauchfellentzündung tuberculöser Art gilt, findet seine Anwendung auch auf die Hernientuberculose, da sie doch nur entweder eine Theilerscheinung der allgemeinen Erkrankung oder eine Localerkrankung des Bauchfells repräsentirt.

Schlusssätze:

1. Die diffuse oder locale Peritonitis ist thatsächlich durch die einfache Laparotomie sowohl in klinischer als auch in anatomischer Hinsicht heilbar.
2. Die Heilung der tuberculösen Peritonitis hängt wesentlich vom Zeitpunkt der Operation ab.
3. Hat eine erste Laparotomie, die während des Frühstadiums der tuberculösen Erkrankung gemacht worden ist, keinen günstig heilenden Erfolg, so ist eine Relaparotomie indicirt.
4. Beim operativen Eingriff der Hernientuberculose ist der erkrankte Bruchsack zu excidiren.
5. Findet sich eine Hernientuberculose als Theilerscheinung allgemeiner Bauchfelltuberculose, so ist eine ausgiebigere Eröffnung des Peritoneums, als es sonst bei Bruchoperationen üblich ist, indicirt.
6. Verwachsungen des Peritoneums und Adhäsionsbildung ist bei tuberculöser Peritonitis im fibrösen Stadium nach der Laparotomie nicht zu befürchten oder kann nur in sehr beschränktem Umfange auftreten.

Ueber Desinfection der oberen Luftwege.

Von

Dr. R. Kafemann.

Privatdocent an der Universität Königsberg.

Die Bacteriologie der oberen Luftwege, insbesondere der Nasenhöhle ist in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern von sehr bemerkenswerther Seite aus einer eingehenden Prüfung unterzogen worden. Der Gewinn für die ärztliche Thätigkeit ist aus derselben schon ein ziemlich erheblicher geworden. Alte Probleme sind gelöst worden, neue bieten sich in unabsehbarer Folge der Forschung dar.

Früher allgemein bekannte Thatsachen haben in einer anderen Sprache zu reden gelernt. So haben z. B. stets schon in früherer Zeit die in der Nase operirenden Aerzte z. B. der berühmte Pirogoff die auffallende Thatsache constatirt, dass ganz ausserordentlich selten infectiöse

Erscheinungen den blutigen Operationen in der Nase folgten. Heute berechtigt uns die bacteriologische Forschung vor jeder Operation im Naseninnern von einer Desinfection mittelst antiseptischer Ausspülungen vollkommen Abstand zu nehmen und verpflichtet uns nur, die bacterienwidrige Thätigkeit der Schleimhaut durch unzweckmässige Massregeln in keiner Weise zu stören und einfach wohl sterilisirte Instrumente mit peinlichster Vermeidung der Berührung des bacillenreichen Naseneinganges in die Nasenhöhle einzuführen. Es waren die französischen Forscher Wurtz und Sermoiez[1]), welche 1893 durch einwandfreie Untersuchungen feststellten, dass der normale Nasenschleim gegenüber dem Milzbrandbacillus eine beträchtliche (considérable) bactericide Fähigkeit besitzt.

Wenn schon eine solche von den englischen Forschern R. T. Hewlett und St. Clair Thomson[2]), welche die Zahl der von der Nase stündlich eingeathmeten Microorganismen auf 1500, für die Londoner Athmosphäre sogar auf 14,000 calculirten, nicht zugegeben werden konnte, so mussten sie trotzdem auf Grund ihrer sehr interessanten Versuche mit Bac. prodigiosus die «beträchtliche» (important) Fähigkeit des Schleimes anerkennen, eine das Wachsthum der Bacillen beschränkende Kraft auszuüben. Nach Th. und H. «zeigt die Schleimhaut der gesunden Nase überhaupt nur ausnahmsweise irgend welche Microorganismen». Die Mehrzahl derselben wird von den Fimbrien «stopped», und die etwa eindringenden werden schnellstens entfernt durch die Thätigkeit des Flimmerepithels, welche von der abspülenden des Schleimes und der Thränensecretion unterstützt wird. Zu einem ähnlichen Resultat — der fast vollkommenen Sterilität der Schneider'schen Membran — gelangten die Italiener Fermi und Bretschneider gelegentlich ihrer sehr sorgfältigen und interessanten Untersuchung über die Natur und die Aetiologie der katarrhalischen Rhinitis[3]) «visto dunque che la schneideriana é quasi sterile, tutti i reperti batteriologici, di cui parleremo si referiscono al muco etc.» Der Menge nach bei weitem die erste Stelle einnehmend sowohl in der gesunden Nase, als auch bei den verschiedenen Stadien der Rhinitis catarrhalis finden die Autoren die als unschädlicher Saprophyt betrachtete Sarcina alba. Es soll jedoch hier nicht unerwähnt bleiben, dass auch der Staphylococcus pyogenes aureus zwar nicht in der vollständig normalen Nase, wohl aber während der congestiven Periode der Rhinitis bei 21 Proc. der 14 untersuchten Fälle gefunden wurde.

Plaget de Grenoble[4]) nahm von neuem im Laboratorium von Prof. Strauss eine experimentelle Prüfung der Frage vor, welche Mittel der Vertheidigung gegen die microbische Invasion die Nasenhöhle besitzt. Plaget fand gleichfalls, dass bei dem gesunden Menschen nur im Naseneingang, — oú s'opère la première filtration de l'air, — sich beträchtliche Ansammlungen von Bacillen finden, bei weitem weniger schon auf dem Kopfende der unteren Muschel und der vorderen Parthie der Nasenscheidewand. Niemals dagegen konnte dieser Untersucher Bacillen jenseits des vorderen Viertels entdecken — wenigstens blieben alle Culturen steril.

In vollkommener Harmonie mit diesen Resultaten stehen die an frisch getödteten Thieren gewonnenen. Pl. experimentirte mit Staphylococcus aureus, Bacillus coli, dem B. der grünenDiarrhoe, B. Eberth, B. pyocyaneus, B. Loeffler, Streptococcus. Bei allen mit Ausnahme des Pyocyaneus, konnte eine ausgesprochene bacterientödtende, oder wenigstens entwickelunghemmende Wirkung des Nasenschleims constatirt werden. Im hohen Grade bemerkenswerth ist die ausserordentliche Widerstandkraft des Pyocyaneus, welche wir bei unseren später genauer zu schildernden Experimenten über die bacterientödtende Wirkung gewisser ätherischer Stoffe gleichfalls constatiren konnten. «L'action du mucus nasal sur le bacille pyocyanique paraît nulle».

Das Gleiche können wir auch von den von uns geprüften Medicamenten sagen.

Am Schlusse seiner Ausführungen macht Plaget die sehr richtige Bemerkung, dass die bacterientödtende Kraft des Nasenschleims, analog derjenigen gewisser Serumarten, nicht eine unbegrenzte ist. Man müsse erstens die Zahl der eingeimpften Bacillen berücksichtigen und zweitens zeige diese Kraft, wie alle biologischen Phänomene, Variationen nach der Richtung der Intensität, welche auch von ihm in Bezug auf den Streptococcus, den Staphylococcus, den Colibacillus, den Pyocyaneus und den B. Eberth beobachtet worden seien.

Diese Bemerkungen leiten uns zu anderen Thatsachen hinüber, die von nicht minder zuverlässigen Beobachtern gefunden, mit den soeben berichteten in einer keineswegs vollkommenen Harmonie stehen.

Im Jahre 1894 untersuchte Strauss[5]), ein sehr autoritativer Forscher, die Nasenhöhle von 29 durchaus gesunden Individuen, welche durch ihren Beruf gezwungen waren, sich täglich längere oder kürzere Zeit in von Phthisikern bewohnten Räumen aufzuhalten. Er fand 9 Mal vollkommen virulente Tuberkerbacillen. Wie lange dieselben bereits in der Nasenhöhle geweilt hatten, ohne von ihrer Virulenz etwas eingebüsst zu haben, dafür lagen keine sicheren Kriterien vor.

Eine äusserst wichtige Untersuchungsreihe ist erst in der jüngsten Zeit von Gourc[6]), Professor an der Zahnakademie, über die Bacteriologie von 201 im Hospital Lariboisière operirten Rachenmandeln vorgenommen worden. G. schlug einen vollständig anderen Weg ein wie sein Vorgänger. Er trocknete äusserlich die Vegetationen mit hydrophiler sterilisirter Watte, zerschnitt sie darauf nach mehreren Richtungen mit einem ausgeglühten Bistouri und entnahm dann mit einer gleichfalls sterilen Nadel Saft von den dergestalt blossgelegten Oberflächen, welcher direct nach Färbung mittelst Ziehl mikroskopisch geprüft wurde.

Ausserdem wurde derselbe Saft, der mit Evidenz Kryptenschleim enthielt, auf Serum des Instituts Pasteur geimpft.

Die Resultate waren folgende: Niemals wurde der Koch'sche Bacillus gefunden, dagegen der Streptococcus 37 Mal, stets associirt mit anderen Elementen, der Staphylococcus 69 Mal rein, und 69 Mal im Verein mit anderen Elementen, reine Coccenbildung 41 Mal, in Verbindung mit anderen Elementen 54 Mal, der Pneumococcus 3 Mal, der Leptotrix bucalis 2 Mal rein, einmal associirt mit anderen Elementen.

G. sagt darauf wörtlich: (pag. 446). «Die häufige Constatirung von bacteriellen Elementen an der Oberfläche von Durchschnitten adenoider Vegetationen beweist übergenügend die geringe Bedeutung, welche jener Theorie zukommt, die eine bactericide Wirkung dem

[1]) Annal. des malad. de l'oreille etc. 1893. pag. 66.

[2]) The Fate of Micro-organisms in inspired air. Lancet. 11 1 96. pag. 86.

[3]) Studio sulla natura e sull etiogolia della Rinite catarrale Archivio italiano di otologia etc. 1895—96. pag. 22.

[4]) Plaget. Les moyens de défense des fones nasales contre l'invasion microbienne.
Annal. des malad. de l'oreille etc. Février 1897. pag. 117.

[5]) Strauss. J. Sur la presénce du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain. Arch. de méd. exper. etc. Tome XCVII. p. 211 ff.

[6]) Annygclale de W. Meyer. Annales des mal. de l'oreille pag. 437. Mai 1897.

Schleim dieser Tumoren zusprechen will[7]) und demgemäss eine Schutzrolle desselben. Auf Grund der analogen Bildung der Schleimdrüsen der adenoiden Wucherungen und derjenigen der Pituitaria glauben wir dieselbe dem Nasenschleim zugeschriebene therapeutische Eigenschaft leugnen zu dürfen».

Ich habe mich darauf beschränkt, da ich keineswegs die Absicht hatte, eine Geschichte dieses sehr interessanten Kapitels zu schreiben, die wichtigsten neueren Resultate der Forschung an dieser Stelle namhaft zu machen. Ich habe bis jetzt den Streit der Principien vollständig auf sich beruhen lassen und mich zu keiner besonderen Ansicht bekannt, wozu ich auch um so weniger berechtigt gewesen wäre, da mir eigene Untersuchungen auf diesem Gebiet nicht zu Gebote stehen.

Was jedenfalls aus dieser kurzen Gegenüberstellung der verschiedenen Untersuchungsresultate hervorgeht, ist sicherlich Folgendes, dass wir noch lange nicht zu einem befriedigenden Abschluss in dieser Frage gelangt sind.

Fermi und Bredschneider, die auch zu Versuchszwecken Studenten und Wärter benutzen, finden keine Tuberkelbacillen, Strauss dagegen in einem grossen Procentsatz der Fälle. Während Piaget und die Engländer die Nase fast vollkommen steril finden und ersterer ganz besonders betont, dass man in bacteriologischer Beziehung nicht genügend früher unterschieden habe zwischen dem vordersten bacillenreichen und den bacillenarmen hinteren Abschnitten der Nasenhöhle, stellt Gourc den enormen Bacillengehalt der adenoiden Vegetation fest. Wie aber können dieselben dorthin gelangt sein? doch nur durch die Einathmung, da doch bekanntlich durch zahlreiche Untersuchungen festgestellt ist, dass die ausgeathmete Luft frei von Keimen ist. Oder, sollte der Schleim der Nasenhöhle eine entschiedenere bactericide Fähigkeit besitzen, als jener von der anatomisch doch gleichwerthigen Schleimhaut des Fornix pharyngis abgesonderte, so dass also bis dorthin gelangte Keime daselbst sich ungestört fortpflanzen könnten? Wohin wir uns auch wenden mögen, überall stossen wir auf Räthsel, die einer späteren Zeit zu lösen vorbehalten sein wird. Der praktisch-ärztlichen Heilkunst wird jedenfalls diese Disharmonie der neuen wissenschaftlichen Forschungsresultate die Lösung der Aufgabe nahe legen, nach unschädlichen und dabei wirkungsvollen Methoden einer Desinfection der oberen Luftwege fort und fort zu suchen.

Vergegenwärtigt man sich z. B. die zu einer wahren Völkergeissel ausgeartete Influenzaerkrankung, bei welcher der Infectionsträger ein Bacillus ist, der im Blute fast garnicht, auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege dagegen in grossen Mengen zu finden ist und welcher doch zweifellos auf dem Wege der Einathmung in den menschlichen Körper eindringt, und erinnert man sich ferner der Eigenthümlichkeit dieses Bacillus, keine sonderliche Widerstandsfähigkeit zu besitzen, so wird man sich schwerlich der Ueberzeugung verschliessen können, dass eine dem Bacillus direct zu Leibe gehende und dabei die Körpergewebe vollkommen intact lassende Desinfectionsmethode der Luftwege Erspriessliches zu leisten im Stande wäre.

Ich möchte an dieser Stelle nicht alle, wahrscheinlich auf dem Inhalationswege dem Körper sich einverleibende Krankheitserreger Revue passiren lassen und möchte nur kurz auf eine von Le Gendre und Tochon gemachte, sehr interessante Beobachtung hinweisen, bei welcher man während der Dauer von 15 Monaten bei demselben Individuen abwechselnd im Nasenschleim den Löffler'schen Bacillus virulent und abgeschwächt in seiner Wirkung fand, also eine auffallende Persistenz mit Variation der Virulenz.

Bezüglich der Natur der Desinficientien hätten wir die Auswahl zwischen pulverförmigen, flüssigen und gasförmigen. Was zunächst die ersteren betrifft, so müssen wir dieselben von vorne herein ablehnen.

Der anatomische, durch zahlreiche Spalten, tiefliegende geschützte Recessus ausgezeichnete Bau der Nasen- und Rachenhöhle lässt von vorneherein die Wirksamkeit eines pulverförmigen Antiseptikums als illusorisch erscheinen. Nicht viel günstiger steht es mit den flüssigen, obgleich dieselben immerhin schon an manche Stellen hingelangen würden, welche vielleicht ein noch so feines Pulver nicht würde erreichen können. Die Schwierigkeit liegt auf einem andern Gebiete, nämlich darin, dass die flüssigen Antiseptica in der zweifellos wirksamen Concentration von der Schleimhaut der oberen Luftwege nicht vertragen werden, und dass dieselben ferner schon wegen der Möglichkeit durch Verschlucktwerden allgemeine Giftwirkungen zu entfalten, nur mit grosser Gefahr benutzt werden könnten. Die milderen, für den Organismus als relativ unschädlich zu betrachtenden Antiseptica, wie die Borsäure, entfalten antiseptisch eine so minimale Wirkung, dass dieselben höchstens als Spülflüssigkeiten bei Anwesenheit zäher Schleimmassen zu betrachten sind, welcher Aufgabe eine physiologische Kochsalzlösung mindestens ebensogut zu genügen im Stande ist.

Es bleiben also noch die in Gasform zu applicirenden übrig, aus welcher Gruppe auch nur diejenigen gewählt werden dürften, welche die Nasen- und Luftröhrenschleimhaut selbst bei energischer Anwendung nicht allzusehr reizen. Ich begann deshalb vor einer Reihe von Jahren meine klinischen Experimente mit dem Menthol, dem ich bald das Eucalyptol hinzufügte, und später noch das Tyroler Latschenkiefernöl. Was das Menthol betrifft, so können dessen antituberkulöse Kräfte nach Villemin's, Koch's, Sormann's und Rognatelli's experimentellen Untersuchungen nicht mehr bestritten werden. Koch insbesondere wies nach, dass Menthol in gasförmigem Zustand gegen eine Cultur von Tuberkelbacillen gerichtet, deren Tod herbeiführt.

Nach demselben Forscher hemmt es bereits bei einer Verdünnnug von 1 : 33000 die Entwickelung des Cholerabacillus. Die Resultate der andern Forscher sind ganz analoge. Zu dieser direkt bactericiden Kraft gesellt sich noch eine indirecte, welche zu suchen ist in der hochgradig blutgefässstimulirenden Wirkung, die wir bei Entzündungszuständen der Respirationsschleimhaut, mögen dieselben nun rein katarrhalischer oder bacillärer Natur sein, nicht gering werden anzuschlagen haben. Sehen wir uns doch einmal eine solche durch den Influenzabacillus geschädigte Nasenschleimhaut näher an. Suchannek[8]) in Zürich hat die mikroskopische Untersuchung einer solchen bei einem an Influenzabronchitis gestorbenen Manne vorgenommen. Dieser bewährte Forscher fand:

Nicht nur die Schwellkörper waren prall gefüllt — auch sämmtliche Capillaren waren, stellenweise das Epithel der Mucosa vorbuchtend, ausgedehnt und mit rothen Blutkörperchen vollgepropft. . . . . Die Folge der vasculären Hyperämie waren Zerreissungen der Capillaren und Blutextravasate . . . . aber auch per diapedesin sah man sowohl an der unteren Muschel, als in der Reg. olf. rothe Blutkörperchen durchs Oberflächenepithel durchschlüpfen. Oedem der Tunica propria, Durchtränkung der Gewebsmassen mit einem eiweisshaltigen Secret etc. Und an einer anderen Stelle: «An der mitt-

[7]) cf. Brindel. Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoides.
Bulletins et Mémoires de la société française d'otologie etc. pag. 282. «le siège constant, de ces glandes mucipares, chargées de fournir le mucus bactéricide, (car elles sont analogues à celles de la pituitaire)» etc.

[8]) Pathol.-Anatomisches über Rhinitis acuta, speciell Influenza-Rhinitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 4. 1891.

leren, mehr noch an der unteren Muschel ist die luftkissenartige Schwellung schon makroskopisch deutlich, ein Ausdruck der gleichzeitig bestehenden Erschlaffung der Gefässwände in dem stark gefüllten Kohlrausch'schen Venenplexus».

Dass bei derartigen tiefen vasomotorischen Störungen der stimulirende Einfluss des Menthols ganz ausserordentlich günstig einwirken müsste, erscheint mir ganz zweifellos. Die durch das Mittel angeregte und beschleunigte Blutcirculation würde den natürlichen, durch den inficirenden Stoff mehr oder weniger geschwächten, natürlichen Eliminirungsbestrebungen zu einer gesteigerten Activität verhelfen, worin die indirecte bactericide Wirkung zu suchen wäre. Auf die hochgradige antineuralgische und analgesirende Wirkung des Menthols mache ich hier nur ganz beiläufig aufmerksam. Nachdem ich die genannten ätherischen Medicamente einzeln mit Rücksicht auf ihre desinficirende Kraft geprüft hatte, stellte ich Versuche mit einer Combination derselben an, die ich mittelst eines ballonförmigen Glases inhaliren liess. Bereits im Jahre 1896 schrieb ich[9]) über diese Methode der Inhalation folgendes:

Seit Jahren damit beschäftigt, die gebräuchlichen Inhalationsmethoden zu vereinfachen und durch eine Vereinfachung des Verfahrens denselben einen Theil des Vertrauens zurückzuerobern, das ihnen bereits beim Publikum verloren gegangen war, versuchte ich es im Jahre 1894, ätherische Medicamente in kleinen Glasbehältern zur Verdampfung zu bringen und die bei der geringsten Erwärmung sofort sich entwickelnden Dämpfe direct aus denselben in Nase und Mund einathmen zu lassen.

Ich liess deshalb jenes Modell, welches sich der weitesten Verbreitung erfreut und sich dadurch auszeichnet, dass es einen flachen Boden besitzt, derart zum Zwecke der Inhalation modificiren, dass der flache Boden zu einem convexen umgestaltet wurde. Da diese Convexität nur in der Rothgluth herzustellen ist, ist es einleuchtend, dass das Glas, wofern es sonst nur ziemlich dickwandig ist, jeden nur wünschenswerthen Erhitzungsgrad wird auszuhalten in der Lage sein.

Diese Gläser (Musterschutz Nr. 57 251) erfreuen sich in der That einer fast unverwüstlichen Widerstandsfähigkeit, sodass ein Zerplatzen selbst bei recht ungeschickter Verwendung nur höchst selten stattfindet. Zu Inhalationszwecken verwende ich eine Combination verschiedener ätherischer Medicamente. Meine Vorschrift lautet: Menthol 4,0, Eucalyptol. pur. alb. 2,5, Terpineol 2,0 (vorstehende 3 Medicamente von Schimmel & Co. bezogen), Ol. pini puriss. 1,0 (Gebrüder Unterweger, Thal Assling). Die Medicamente müssen, will man sichere Wirkungen in angenehmer Weise erzielen, von harzigen Nebenproducten vollkommen frei und überhaupt erstklassig sein. Selbstverständlich ist diese Vorschrift einer unendlichen Abwandlung fähig. Der Reichthum dieses pharmaceutischen Gebietes gestattet unzählige Variationen. Die Anwendungsweise ist folgende: Man schüttet 2—3 Tropfen der zu inhalirenden Tinctur in das Gläschen, erwärmt dasselbe schwach über einer Spiritusflamme, einer Lampe, im Nothfalle über einem Streichholz, steckt sich darauf das birnenförmige Nasenansatzstück einige Milimeter weit in den Introitus narium und hat nun weiter nichts zu thun, als in unveränderter Weise weiter zu athmen, da die Einathmungsluft gezwungen ist, durch den Glasbehälter zu streichen und bei ihrem Durchgang durch denselben die in Form eines feinsten Nebels in demselben suspendirten ätherischen Stoffe mit sich zu führen. Dass diese Dämpfe bei ruhiger Athmung sofort die Bronchien erfüllen, davon kann man sich bei dem ersten Versuch selbst überzeugen. Will man bei Laryngitis und Bronchitis stärker wirken, so kann man auch mit Vortheil sich des röhrenförmigen Eingussrohres als Mundstück bedienen, indem man dasselbe pfeifenartig zwischen die Zähne nimmt. Es gelangen dann die Dämpfe ungeschmälert um den bei der Nasenathmung in der Nase zurückbleibenden Antheil in die tieferen Luftwege. Man kann auf diese Weise, indem man zu gleicher Zeit sich der Lectüre hingiebt, mühelos Stunden hindurch inhaliren und wird bei dieser Beschäftigung in keiner Weise durch Reizung der Conjuctiva belästigt, die verschiedenen anderen Inhalationsmethoden als nothwendiges Uebel anhaftet.

Nachdem ich diese Inhalationsmethode mit ausnehmend gutem Erfolge bei Tausenden von Patienten erprobt habe, und nachdem zahlreiche Collegen mit dem gleichen guten Erfolge sich desselben bedient haben stehe ich nicht an, dieselbe als eine schätzenswerthe Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges zu bezeichnen und zu empfehlen. Der Apothekenbesitzer Herr Guttmann, hier, Tragheimapotheke, ist zu jeder Zeit in der Lage, diese Gläser liefern zu können.

Nicht unterlassen möchte ich an dieser Stelle zu bemerken, ehe Herr College Claussen zum Wort kommt, dass die acute Rhinitis, mittels dieser Inhalationsmethode behandelt, in überraschend kurzer Frist geheilt wird.

(Schluss folgt.)

[9]) Therapeut. Monatshefte. Nov. 1896.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Fasbender: Entwickelungsgeschichte, Geburtshülfe und Gynäkologie in den hippocratischen Schriften. Stuttgart. Enke. 1897.

Der Verf. hat nicht nur die hippocratischen Schriften genau studirt, sondern sich auch mit den von den Hippocratikern von anderen Völkern und Autoren übernommenen Lehren bekannt gemacht. In dankenswerther Weise hat der Verf. alles auf die Entwickelungsgeschichte, Geburtshülfe und Gynäkologie bezügliche in systematischer Weise zusammengestellt. Das Resultat dieser Arbeit ist eine Fülle von interessanten Lehren, von denen sich ein grosser Theil als völlig neu und bis jetzt noch nicht bekannt erweist. Es sei dem Ref. gestattet nur Einiges herauszugreifen. Die vielfach verbreitete Annahme, dass die alt-indische Geburtshülfe das enge Becken und die Wendung auf die Füsse erwähne, ist unrichtig. Die Eierstöcke sind den Hippocratikern gänzlich unbekannt und die Hoden für sie nicht die samenbereitenden Organe des Mannes. Die auch in den neueren Lehrbüchern vertretene Meinung, dass Hippocrates den Knaben für ihre Entstehung den rechten Eierstock bezw. Hoden, den Mädchen den linken zugewiesen, ist irrig. Abgesehen von der Ernährung des Foetus, lassen die Hippocratiker auch abführende und andere, fremdartige Stoffe von der Mutter auf diesen übergehen. Die Priorität der Erklärung der Kopfendlage durch die Gravitation gehört den Hippocratikern, nicht Aristoteles. Die Lehre von Wanderungen der Gebärmutter durch den ganzen Körper haben die Hippokratiker wie Plato. Den Kaiserschnitt an der Todten führen die Hippocratiker nicht an, derselbe gehört der alt-indischen geburtshülflichen Operationslehre an. Bei Blutungen wurde das Einbringen eines Stückes Tuch in die Scheide — also die Tamponade — empfohlen. Die Lectüre des Fasbender'schen Werkes ist sehr interessant und nutzbringend. Jeder Frauenarzt, der historischen Sinn hat, wird sich diesen Genuss nicht entgehen lassen. Etwas störend wirken vielleicht die zahlreichen Quellenangaben und Anmerkungen, doch erhöhen sie den wissenschaftlichen Werth des Buches ungemein. Der Stiel ist stellweise etwas schwerfällig durch complicirte Satzbildung, die ganze Darstellung aber sehr übersichtlich, wodurch es leicht wird sich über verschiedene Fragen durch Nachschlagen zu orientiren. Das Fasbender'sche Buch muss als eine Zierde der deutschen medicinischen Literatur und speciell der spärlichen medicinischen Geschichtswerke angesehen werden.

W. Beckmann.

O. Schaeffer: Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshülfe. Verlag von J. F. Lehmann, München 1897.

Der vorliegende Grundriss enthält die Schilderung vom Geburtsakt und die operative Geburtshilfe. Die Eintheilung des Textes — 91 Seiten — ist eine von anderen Lehrbüchern abweichende. Verfasser theilt die Geburtslagen in «günstige», «ungünstige» und «bedingungsweise günstige» ein und behandelt den Mechanismus einer jeden Lage in Kürze. Der zweite Theil enthält die geburtshilflichen Operationen.

Dem Text dienen zur Erläuterung eine stattliche Anzahl — 139 — colorirte sehr wohlgelungene Bilder, welche die einzelnen Geburtsphasen in ihrer fortschreitenden Entwickelung und sämmtliche Operationen aufs Anschaulichste demonstriren.

Der Grundriss ist bereits in vierter Auflage erschienen.

Lingen.

F. Penzoldt: Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. 4. Auflage. Verlag von G. Fischer, Jena 1897.

«Es ist mein Bestreben gewesen durch kritische Verwerthung eigener und fremder practischer Erfahrungen eine Sichtung der Arzneimittel nach ihrer thatsächlichen therapeutischen Zuverlässigkeit vorzunehmen» — so leitet der bekannte klinische Lehrer sein Lehrbuch ein. Das Hauptgewicht ist auf die therapeutische Verwendbarkeit gelegt, das Werk aber nicht nach therapeutischen Gesichtspunkten, sondern nach dem chemischen System gruppirt und eingetheilt. Theil I enthält die unorganischen Arzneikörper (Metalle, alkalische Erden, Alkaliverbindungen Ammoniumverbindungen, Nichtmetalle etc.). Theil II die Kohlenstoffe (Verbindungen der Fettreihe. aromatische Verbindungen, Glycoside, Alkaloide).

Eine grosse Anzahl der neuen Arzneimittel findet sich angeführt, doch mit Auswahl, denn eine Menge von Arzneimitteln, welche man hie und da angepriesen findet, werden mit Schweigen übergangen. Jedes Mittel wird in seiner Anwendungsweise, nach seiner chemischen Zusammensetzung, seinen physikalischen und chemischen Merkmalen etc. besprochen. Im Anhang werden die künstlichen Nährpraeparate vegetabilischen und animalischen Ursprungs (Albuminpraeparate, Stärkearten; Fleischextracte, Suppenwürzen« etc.). namhaft gemacht. Ein Abschnitt endlich ist der Organtherapie und den verschiedenen Heilsera gewidmet. Den Schuss bildet ein therapeutisches Register und die Maximaldosen.

Lingen.

Dr. K. A. Herzfeld, Praktische Geburtshülfe in zwanzig Vorlesungen. Leipzig und Wien Franz Deuticke 1897.

Ein compendiös angelegtes Lehrbuch der Geburtshülfe, das in der Anordnung des Stoffes von den gewöhnlichen Lehrbüchern abweicht. Die Darstellungsweise in Vorlesungsform stört ein wenig die Uebersichtlichkeit, erleichtert aber dem Studirenden das Verständniss. In einigen Capiteln finden sich ziemlich verschiedenartige Dinge zusammen besprochen so z. B. wird beim Abort und der Frühgeburt auch die Traubenmole (als häufige Ursache des Abortes) und die Retroflexio uteri gravidi besprochen. Ueberhaupt werden physiologische und pathologische Processe in ihren häufig nahe liegenden Uebergängen mehrfach zusammen abgehandelt. Dadurch gewinnt das Buch an Originalität und wird das Interesse des Lesers gefesselt. Die geburtshülfliche Operationslehre ist ausserordentlich klar dargestellt. Im Allgemeinen kommen die Anschauungen der Wiener Schule zur Geltung, und werden besonders die unstreitig immensen Verdienste Karl von Brauns überall berücksichtigt. Verf. geht sogar so weit von einem Smellie-Brau n'schen Handgriff zu sprechen. Bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird bei Schädellagen dem tiefen Eihautstich vor der Bougirung der Vorzug ertheilt. Im Uebrigen sind Ref. keinerlei Abweichungen von den augenblicklich herrschenden Anschauungen aufgefallen. Wir können das Buch mit bestem Gewissen empfehlen, sicherlich wird es seinen Weg machen. Die Ausstattung desselben ist eine gute.

W. Beckmann.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, in sieben Bänden herausgegeben von Professor Dr. F. Penzoldt und Professor Dr. R. Stintzing. Zweite theilweise umgearbeitete Auflage. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1897. Band I.

Es wurde bereits in unserer «Wochenschrift» mehrfach Gelegenheit genommen auf die hervorragende Bedeutung des grossen therapeutischen Sammelwerkes von Penzoldt und Stintzing hinzuweisen, dessen erste Auflage einen Erfolg gefunden hat, wie ihn kaum ein anderes Handbuch in der deutschen medicinischen Literatur aufweisen kann. Erst vor einem halben Jahre ist die erste Auflage zum Abschluss gelangt und jetzt erscheint das Werk schon in zweiter, theilweise umgearbeiteter Auflage. Letztere ist in 7 Bände eingetheilt worden, die eine vollständige zusammenfassende Darstellung der gesammten therapeutischen Disciplin geben werden. Der erste, die Behandlung der Infectionskrankheiten enthaltende Band liegt bereits vollständig vor. Er beginnt mit der Prophylaxe der ansteckenden Krankheiten, in der die Verhütung der Uebertragung und Verbreitung derselben von Professor Gärtner sehr ausführlich besprochen werden. Es folgt darauf eine kurze übersichtliche Darstellung der verschiedenen Methoden der Immunisirung von Professor Buchner. Die diätetische Behandlung der Infectionskrankheiten, die antipyretische Hydrotherapie und die antipyretisch wirkenden Arzneimittel werden von Professor von Ziemssen abgehandelt. Professor Vierordt bespricht in eingehendster Weise die Therapie der Masern, Varicellen, Rötheln, des Scharlach und der Gesichtsrose und Dr. Pfeiffer die der Blattern. Auf das praktisch Wichtige wird hier mit besonderer Sorgfalt eingegangen. Die Prophylaxe, die Local- und Serumbehandlung der Diphtherie, die Intubation und Tracheotomie bei diphtheritischer Larynxstenose, ebenso die Therapie des Keuchhustens und der Mumps sind von Professor Ganghofner bearbeitet. Die Behandlung der asiatischen Cholera und des einheimischen Brechdurchfalls hat in Professor Rumpf und die der Dysenterie in Dr. Kartulis ihren Bearbeiter gefunden. In einer wahrlich musterhaften Darstellung von Professor von Ziemssen folgt darauf die Therapie des Typhus abdom. und exanthem., der Febris recurrens, der Weil'schen Krankheit, Influenza, Dengue, Pest, allgemeinen Miliartuberculose und Septikopyämie. Das Kapitel über Behandlung der puerperalen Septikämie gehört der Feder von Professor Frommel. Die Behandlung des Gelbfiebers wurde nach dem Tode von Dr. Cochran vom Privatdocenten Gumprecht bearbeitet, die der Malariakrankheiten von Professor Maragliano, der Lepra von Dr. Hansen, des Milzbrandes, Rotzes Aphthenseuche und Aktinomykose von Professor Garré, der Lyssa humana von Professor Babes und der Trichinenkrankheit von Dr. Merkel. Anhangsweise werden darauf die bei Infectionskrankheiten vorkommenden Ohr- und Augenaffectionen von Professor Bürkner und Professor Eversbusch sehr eingehend besprochen. Man sieht aus dieser kurzen Aufzählung, welch' eine glänzende Reihe hervorragender Fachmänner sich an der Bearbeitung dieses ersten Bandes betheiligt haben, die Namen derselben bürgen für die Trefflichkeit des Inhaltes und wir hoffen, dass die zweite Auflage des berühmten Sammelwerkes in noch erheblicherem Maasse sich die allgemeine Anerkennung erwerben wird.

A. Sacher.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. Haug-München. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1897.

II. Band. Heft 4. Dr. Rudolf Panse: Das Cholesteatom des Ohres.

Eine der häufigsten Komplikationen der chronischen Ohreiterung. die das Interesse der pathologischen Anatomen und Kliniker in gleicher Weise wachgerufen hat, bildet das Cholesteatom. Der Darstellung dieses innerhalb des Gehörorganes sich abspielenden pathologischen Processes ist die vorliegende Arbeit gewidmet. Die Art und Weise der Entstehung des Cholesteatoms, über die der alte Streit zwischen Pathologen und Ohrenärzten noch nicht völlig erloschen ist, die klinische Symptomatologie sowohl wie die Ergebnisse der objectiven Untersuchung und Therapie dieses Leidens werden vom Verfasser recht klar und übersichtlich geschildert. Jedem der sich über den gegenwärtigen Stand der Cholesteatomfrage orientiren will kann deshalb die vorliegende Arbeit sehr empfohlen werden.

II. Band. Heft 5. Dr. Rohrer: Das Verhältniss der Ohrerkrankungen zu den Augenaffectionen.

Schon in den 60. Jahren hat Hovner in Zürich auf den Zusammenhang der Erkrankungen des Auges mit den Erkrankungen der Nase und der Ohren aufmerksam gemacht. In zahlreichen auf dem Gebiete der Augen- und Ohrenheilkunde darauf erschienenen Arbeiten haben die innigen Beziehungen dieser Specialdisciplinen eine sehr eingehende Erörterung erfahren. Die Fülle von Beobachtungen auf diesen Gebieten wurde nun vom Verfasser mit grossem Eifer gesammelt und durch die vorliegende Schrift auch dem Allgemeinpraktiker zugänglich gemacht. In gedrängter Form giebt dieselbe eine sachgemässe Schilderung der engen Verwandschaft der Erkrankungen der Augen mit den Affectionen des Nasen-Rachenraumes und der Ohren und wird gewiss dazu beitragen, das Interesse der ärztlichen Welt für die Ophthalmologische und otiatrische Disciplin zu erwecken.

II. Band. Heft 6. Dr. R. Dreyfuss: Ueber die Verwerthung der Pharyngo-Laryngoskopie in der Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems.

Jedem praktisch thätigen Arzte ist wohl zur Genüge bekannt, welch' schätzenswerthe Dienste die pharyngo-laryngoskopischen Befunde der klinischen Diagnostik zu leisten im Stande sind. Besonders werthvolle Fingerzeige giebt aber die Pharyngo-Laryngoskopie in der Diagnostik der Krankheiten des Centralnervensystems, mit der sich die vorliegende Schrift vorwiegend beschäftigt. Das Material ist in derselben nach den pathologischen Erscheinungen im Rachen und Kehlkopf disponirt. Der besseren Uebersicht wegen sind die pharyngealen und laryngealen Symptome der Erkrankungen des Centralnervensystems in Störung n der Sensibi-

lität und solche der Motilität eingetheilt und jede Krankheit desselben, bei der diese Störungen beobachtet werden, genau angeführt. Jedem Nervenarzte, Pharyngo-Laryngologen und Allgemeinpraktiker wird die Schrift deshalb sehr willkommen sein.

A. Sacher.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 8. Februar 1897.

1. Dr. P. Klemm hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Frage des Chloroformtodes. (Erscheint im Druck).

Vortr. fügt hinzu, er habe diese Bemerkungen hauptsächlich deshalb mitgetheilt, weil man gegenwärtig dazu neige, dem Chloroform einen zu grossen Theil der Schuld an während oder gleich nach der Operation eintretenden Todesfällen beizumessen, während die Schwächung der Herzkraft bezw. die allgemeine Erschöpfung des Organismus durch das Grundleiden (protrahirte Erkrankungen, Parenchymdegeneration etc.) zu wenig berücksichtigt würden. Wenn sogar für 14 Tage nach der Narcose eingetretene Todesfälle das Chloroform verantwortlich gemacht würde (Zoege v. Manteuffel), so sei das seiner Ansicht nach zu weit gegangen. In solchen Fällen dürfe Chloroformtod erst angenommen werden nach sorgfältiger Ausschliessung aller Möglichkeiten, welche an sich oder in Verbindung mit dem Eingriff bezw. der Narcose den Tod hätten herbeiführen können. Das gelte auch für einen Fall über den im vergangenen Jahre Dr. Schabert als Chloroformtod berichtet habe und den Vortr. für durch die vorhergegangene protrahirte Eiterung und Schwächung des Herzens durch dieselbe bedingt hält. Derselben möchte er auch die dort nachgewiesene Coagulationsnecrose der Nierenepithelien zuschreiben und lässt für das Chloroform höchstens die Rolle eines auslösenden Momentes zu.

Dr. Schabert: In derartigen Fällen seien die Factoren auseinanderzuhalten; einmal die klinische, pathologisch wirkende Noxe, zweitens die Giftwirkung des Chloroform. Wenn auch das Chloroform in seinem Falle nur als auslösendes Moment gewirkt haben sollte, so käme es bei der Frage: wie ist der Tod zu Stande gekommen? doch auch in Betracht, allerdings mehr im forensischen Interesse der Feststellung der Todesursache. Für die anatomische Beurtheilung seien nur die Befunde einer möglichst schnell nach dem Tode gemachten Section zu verwerthen, später sei über Parenchymdegeneration kein sicheres Urtheil abzugeben. Die Frage der Spättodesfälle nach $CHCl_3$ hält er noch nicht für abgeschlossen, bis jetzt sei eigentlich nur ein von Fraenkel mitgetheilter Fall als sicher anzusehen.

Dr. A. v. Bergmann: Die Ergebnisse von Sectionen seien für die Frage der deletären Wirkung des Chloroforms nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen. Wir seien da nur auf Analogieschlüsse aus Thierexperimenten angewiesen und mit Berücksichtigung der so grossen Verschiedenheiten in der Wirkung des Chloroforms auf die verschiedenen Thierspecies seien auch Verschiedenheiten zwischen der Chloroformwirkung bei Mensch und Thier nicht auszuschliessen. Er theilt vollkommen den vom Vortr. eingenommenen Standpunkt. Allmählich beginne auch die anfänglich durch die Chloroformstatistik hervorgerufene Abneigung gegen das Chloroform wieder zu schwinden, da die Statistik des Aethers mit der Vergrösserung des Materials sich auch zu verschlechtern beginne und erweise, dass der Aether auch nicht ohne Gefahren sei und dass gerade hier die Spättodesfälle eine grosse und erwiesenermassen wahre Rolle spielen, die sogen. Aetherpneumonien, über welche zahlreiche Mittheilungen vorliegen und die meist einen schweren Verlauf nehmen. Die Statistik verändere sich zu Ungunsten des Aethers (Todesfälle anfangs 1:19000, jetzt 1:3000). Auch Fälle, wo gar keine allgemeine Narcose, sondern nur locale Anaesthetica zur Anwendung gekommen seien, hätten Todesfälle geliefert und betont er diese besonders der von Dr. Schabert geäusserten Anschauung gegenüber; da bei ihnen gar kein Narcoticum gewirkt hatte, so könne von einer Nothwendigkeit des Zusammenwirkens eines toxischen Factors mit der Noxe des Grundleidens bezw. des Eingriffes keine Rede sein.

Dr. v. Krüdener fühlt sich durch seine persönliche Erfahrung veranlasst, ein Wort zu Gunsten des Aethers einzulegen: er habe eine ziemlich grosse Zahl von Aethernarcosen geleitet und keine schlimmen Erfahrungen gehabt. Die Gefahren für das Herz schienen ihm beim Aether entschieden geringer zu sein. Viele Thierspecies, die gegen Chloroform äusserst empfindlich seien, vertrügen Aether vortrefflich.

In einem Schlusswort bemerkt Dr. P. Klemm Dr. Schabert gegenüber, dass das forensische Interesse den Kern der Frage nicht betreffe. Bei der Frage, aus welcher Ursache der Tod eingetreten, sei Unterscheidung einer klinischen und toxischen Quote nicht wohl möglich. Der Tod erfolge neben in Folge von Organveränderungen und ausgelöst durch den Eingriff.

2. Dr. Dahlfeld macht Mittheilung über seine Versuche über Verwendbarkeit der Röntgen'schen X-Strahlen in der Augenheilkunde und ein Verfahren, aus mehreren Aufnahmen durch Rechnung den Ort des Fremdkörpers mit Genauigkeit festzustellen. (Ist im Druck erschienen).

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Sitzung am 19. Februar 1897.

1. Dr. Thilo hält den angekündigten Vortrag über «Bewegungen als Heilmittel für entzündete Gelenke». Mit Krankenvorstellung. (Erscheint im Druck).

Dr. A. v. Bergmann: Er wünschte seiner früher schon ausgesprochenen Ansicht gemäss, dass mehr Gewicht darauf gelegt würde, dass diese Behandlungsweise nur bei serösen und serös-fibrinösen Entzündungen am Platze sei; bei eitrigen und tuberculösen Processen sei sie seiner Meinung nach nicht angebracht. In jedem Falle eines acut entzündlichen Processes halte er es für vorsichtiger, zunächst abzuwarten und erst nach Ablauf des acuten Stadiums mit Bewegungen zu beginnen.

Dr. Thilo weist dem gegenüber auf die soeben vorgestellten Fälle hin, da beide in bedeutender Besserung sich befinden und von denen der eine von Dr. v. Bergmann als tuberculös anerkannt, der andere eitriger Natur war und eine eiternde Fistel trug. Natürlich bliebe immer ein grosser Theil der Fälle der chirurgischen Therapie reservirt, welche durch breite Eröffnung unter Umständen der Eiterung rascher Stillstand gebiete. Wo aber nur wenige, spärlich secernirende Fisteln vorhanden seien, sei es seiner Ansicht nach besser, mit der von ihm vertretenen Methode activ vorzugehen, als die langsame Ausheilung der Fisteln abzuwarten. In seinen Fällen habe er nicht nur keine Verschlimmerung, sondern im Gegentheil baldiges Aufhören der Eiterung unter Bewegungstherapie gesehen. Auch tuberculöse Gelenke würden im Allgemeinen für reizbarer gehalten, als sie es seiner Erfahrung nach in Wirklichkeit seien. Natürlich sollen die Bewegungen nicht gewaltsam sein, sondern müssen von geübter Hand mit äusserster Vorsicht ausgeführt werden. Für einen Vorzug seiner Methode halte er, dass so bald als möglich mit den von ihm construirten Apparaten die Kranken die Bewegungen selbst ausführen. Der Kranke kenne genau das Mass der möglichen Bewegung und hüte sich wohl, durch unvorsichtige Uebertreibung derselben sich selbst Schmerz zuzufügen. So lange aber kein Schmerz verspürt werde, sei keine mechanische Läsion des kranken Gelenks zu befürchten.

Dr. v. Bergmann: Die bisherige Erfahrung weise doch darauf hin, dass operative Eingriffe von tuberculösen Gelenken im Allgemeinen gut vertragen würden, dass aber Bewegungen bei jeder fortschreitenden Tuberculose misslich seien. Er weist auf die von Tiling (St. Petersburg) ausgesprochene Ansicht hin, dass tuberculöse Gelenke, bei denen nach Resection Herstellung eines beweglichen Gelenkes angestrebt werde, immer Recidive bekommen. Er müsse an seiner Ansicht festhalten, dass Tuberculose stets die Bewegungstherapie contraindicire und dass eine solche erst statthaft sei, wenn die Tuberculose zum Stillstand gekommen sei und nur in solchen Fällen von Wirksamkeit sein könne.

Dr. Thilo: In vielen Fällen acuter Entzündungen habe die Bewegungstherapie einen raschen Erfolg, insofern als sie durch Aenderung der Druckverhältnisse bezw. Wechsel der Stellen, welche infolge der reflectorischen krampfhaften Muskelcontractionen dem grössten Druck unterworfen seien, oft überraschend schnell die Schmerzen beseitige oder wenigstens mildere. Diese Erfahrungen habe er z. B. in einem Falle ziemlich frischer Tuberculose beider Hüftgelenke gemacht, wo er bei grosser Schmerzhaftigkeit zunächst in Narcose streckte, hierauf schiente und baldiges Aufhören der Schmerzen erzielte; unter methodischer Weiterbehandlung mit Massage und Bewegungen heilte der Fall aus. In einem anderen Falle, wo der III. Metacarpus sammt der Sehne operativ entfernt worden war, habe er wegen immer wiederkehrender Schmerzen zunächst Massage oberhalb versucht und später mit gutem Erfolge Bewegungen angewandt.

Dr. v. Bergmann ist der Ansicht, dass ein solcher Erfolg wohl möglich sei, wenn es sich um Gelenkhydrops als Fernwirkung noch nicht durchgebrochener ossaler Herde handle. Solche Fälle können durch Beseitigung der Reizung, welche die Fixation der Gelenkflächen aufeinander durch den Muskeldruck bedinge, wohl gebessert werden, seien aber streng von den eigentlich tuberculösen Gelenken zu unterscheiden. Auch die Scharlachgelenke bewege man im acuten Stadium lieber nicht, Scharlachempyeme bieten an sich eine gute Prognose.

Dr. Miram: Es scheine in der That auch in der Chirurgie ein Stadium des Umschwungs insofern einzutreten, als strenge Ruhe als Princip bei Knochen- und Gelenkerkrankungan nicht mehr so energisch festgehalten werde. Er erinnere in dieser Beziehung an die portativen Verbände bei Fracturen, gegen die sich aber doch schon wieder eine Reaction zeige, an die Massagebehandlung bei Gelenkfracturen etc. Der Unterschied zwischen Privatpraxis und Anstaltsbehandlung werde aber wohl immer bestehen bleiben, in ersterer würde die Bewegungstherapie doch oft an dem Widerstand der Pat. scheitern. Er für seine Person möchte bei Gelenkrheumatismus im acuten Stadium, sowie bei Arthritiden gonorrhoischer Natur lieber von Bewegungen absehen, da dieselben doch leicht Eiterung befördern könnten. Die Prognose solcher Fälle sei unsicher und wenn auch zuzugeben sei, dass Bewegungen unter Umständen durch Aenderung der Druckverhältnisse etc. günstig wirken könnten, sei doch eine vorsichtige Auswahl der geeigneten Fälle nöthig. Gegenüber Dr. v. Bergmann betont er, dass doch Erfahrungen vorliegen, die dafür sprächen, dass Bewegungen nicht in jedem Falle einer tuberculösen Gelenkerkrankung unbedingt ungünstig wirken müssten.

Dr. F. Berg bemerkt, dass auch er den Nutzen zeitig angewandter, aber vorsichtig und geschickt ausgeführter Bewegungen seiner Erfahrung nach nicht verkennen könne. Es gehöre aber grosse Uebung dazu, um sich das nöthige Geschick in der Ausführung dieser Therapie zu erwerben und sei das durchaus nicht Jedermanns Sache. In den meisten Fällen würde ja wohl die Praxis für die ersten Tage Ruhe erzwingen, doch sei er dafür, mit Bewegungen möglichst zeitig zu beginnen.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Die hiesige russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft hat den Chef der militär-medicinischen Academie Geheimrath Dr. Paschutin zum Ehrenmitglied gewählt.

— Dem ehemaligen Professor der Kinderheilkunde an der militär-medicinischen Academie Prof. Dr. Bystrow ist der montenegrinische Danilo-Orden I. Classe verliehen worden.

— Befördert: Der Oberarzt des Nikolajewschen Marinehospitals und Medicinalinspector des Nikolajewschen Hafens Dr. Ssofronizki zum Geheimrath, unter Verabschiedung mit Uniform und Pension.

— Ernannt: Der Prosector und ältere Ordinator des Nikolajewschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Kyber — zum stellvertretenden Oberarzt dieses Hospitals und zum stellvertretenden Medicinalinspector des Nikolajewer Hafens; der Privatdocent der milit.-med. Academie, Hofrath Dr. Conrad Wagner, — zum ausserord. Professor für den Lehrstuhl der Propädeutik und Diagnostik an der Kiewer Universität.

— Verstorben: 1) Am 4. October in Pleskau Collegienrath Carl Baumwaldt im nahezu vollendeten 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und widmete sich von 1853—59 anfangs dem Studium der Pharmacie, dann der Medicin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung der Provisorwürde (1857) und des (Arztgrades i. J. 1859 war B. Stadtarzt in Cholm, dann bis 1889 Stadtarzt in Noworshew (Gouv. Pleskau). Die letzten Jahre verlebte er in Pleskau. 2) Am 1. October in Moskau der frühere langjährige Gouvernements-Medicinalinspector von Kostroma, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Reswjakow. Der Verstorbene, welcher seine ärztliche Thätigkeit i. J. 1856 begann, wurde i. J. 1888 pensionirt. 3) Am 5/17. October in Berlin Prof. Dr. Paul Güterbock im 53. Lebensjahre. Das Hauptgebiet seiner Thätigkeit bildete die Chirurgie und speciell das Gebiet der Harnorgane, welches er durch ein dreibändiges Werk «Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane». bereichert hat. 4) In München am 11/23. October der Senior der Münchener med. Facultät Dr. philos. et med. Ludwig Andreas Buchner, im 84. Lebensjahre. Nach Erlangung der medicinischen Doctorwürde i. J. 1842 habilitirte er sich als Privatdocent für med. Chemie in München und erhielt 1847 den Lehrstuhl der Pharmacie daselbt, welchen er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Der bayrischen Academie der Wissenschaften gehörte Buchner seit mehr als 50 Jahren an.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist es der medicinischen Facultät in Jurjew (Dorpat) überlassen worden, den Professor für den vacanten Lehrstuhl der Gynäkologie selbst auszuwählen. Als Candidaten für diese Professur haben sich die Privatdocenten Woff (Moskau) Massen und Ssmolski (St. Petersb.), Mironow (Charkow) und Stolypinski (Kasan) gemeldet.

— Vor Kurzem beging der Professor der therapeutischen Hospitalklinik in Kasan, Dr. Nikolai Kotowschtschikow, sein 25-jähriges Jubiläum.

— Am 10/22. October vollendeten sich 25 Jahre, seit der Senior der Leipziger medicinischen Facultät, Professor Dr. Wilh. Hiss, den Lehrstuhl der Anatomie an der Universität Leipzig bekleidet. Bei dieser Gelegenheit wurden dem Jubilar mannigfache Kundgebungen von Liebe und Verehrung zu Theil.

— Der bekannte Psychiater Prof. Forel in Zürich hat seine Stelle als Director der Irrenanstalt Burghölzli in Folge von Angriffen gegen seine Leitung niedergelegt.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Eine grössere Anzahl von Mitgliedern der internat. Lepraconferenz in Berlin hat dem Organisator der Conferenz, Prof. O. Lassar (Berlin), als bleibendes Zeichen seiner erfolgreichen Mühewaltung um das Gelingen der Zusammenkunft, ein kostbares Silbergeschenk überreichen lassen.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Der von uns in Nr. 40 d. Wochenschrift (S. 383) erwähnten «Berliner Rettungsgesellschaft» sind bereits gegen 700 berliner Aerzte beigetreten. Ausser der Centralstelle, an welcher zu jeder Zeit Auskünfte über freie Betten in den Krankenhäusern Berlins ertheilt werden, sind an sämmtlichen öffentlichen Krankenhäusern der Stadt Hauptwachen eingerichtet worden. Prof. E. v. Bergmann hat neben der Oberleitung auch die Functionen des ärztlichen Directors der Rettungsgesellschaft übernommen.

— Zur Bewerbung um die chirurgische Prämie des verstorbenen Prof. emer. Dr. Joh. Busch, welche im nächsten Jahre im Betrage von 5800 Rbl. fällig wird, sind bei der milit.-medicinischen Akademie 4 Arbeiten eingelaufen, und zwar: 1) «Operation des Herzbeutels und deren anatomische Grundlage» von Dr. Woinitsch-Sjanoshenski (St. Petersb.); 2) «Pathogenie der Wanderniere» von den Privatdocenten Wolkow und Delizyn (St. Petersb.); 3) «Chirurgische Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane» von Prof. Podres (Charkow) und 4) «Zur Frage der Todesursache bei Verbrennung grösserer Hautflächen» von Prof. Kyanyzin (Kiew). Zur Prüfung dieser Arbeiten ist eine Commission, bestehend aus den Professoren der Academie Tarenezki, Ssubbotin, Ratimow, Kruglewski, Weljaminow und Turner, eingesetzt.

— Bei der Universität Jurjew wird auf ein Gesuch des Conseils derselben ein selbstständiger Lehrstuhl für medicinische Propädeutik und Diagnostik eingerichtet.

— Bei der militär-medicinischen Academie wurden im verflossenen Lehrjahre 1896/97 110 Doctor-Dissertationen eingereicht. Von den 110 Doctoranden vertheidigten 105 ihre Dissertationen mit Erfolg, drei traten zurück und die Vertheidigung zweier Doctoranden wurde für ungenügend erklärt.

— An der Moskauer Universität haben nach abgelegtem Examen vor der medicinischen Prüfungscommission 223 Personen den Arztgrad erhalten, darunter 31 cum laude; — 14 Frauen wurde der Grad eines weiblichen Arztes verliehen. Ausserdem bestanden 4 Südslaven, welche keine Maturitätszeugnisse russischer Gymnasien besassen, das Arztexamen.

— In Kiew hatten sich zu den Prüfungen in der medicinischen Prüfungscommission 152 Personen gemeldet, von denen 132 den Arztgrad und 18 denselben Grad cum laude erhielten, während 2 die Prüfung nicht bestanden.

— Der im Juli d. J. verstorbene Consultant des Kronstädter Marinehospitals Dr. Tairow hat der Moskauer Universität und dem weiblichen medicinischen Institut je 16,000 Rbl. zu Stipendien testamentarisch vermacht.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Oct. d. J. 7721 (39 mehr als in d. Vorw.), darunter 601 Typhus — (6 mehr), 829 Syphilis — (10 mehr), 180 Scharlach — (0 mehr), 245 Diphtherie — (15 mehr), 38 Masern — (0 mehr) und 15 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. October 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
294	229	523	99	34	77	19	12	16	47	62	43	38	31	36	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 8, Scharlach 12, Diphtherie 41, Croup 0, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 15, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 32, Todtgeborene 22

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. October 1897.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. November 1897.

Довв. ценв. Спб. 25 Октября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 1. (13.) November **1897**

Zur Theorie und rationellen Behandlung des Asthma.

Von
Dr. med. M. Sihle.
Nervenarzt in Sewastopol.

I.

Die Asthma-Literatur ist verhältnissmässig nicht gross. Die Namen derer, welche in den letzten dreissig Jahren ihre Forschungen über diese Krankheitsform veröffentlicht haben, lassen sich leicht herzählen und die Theorien der meisten Autoren haben in Fachkreisen nicht dauernde Anerkennung finden können. Weder die Ansicht, dass es beim Asthma sich um einen tonischen Zwerchfellkrampf handele, noch auch die Behauptung, die Krankheitsursache sei in einer acuten Anschwellung der Bronchialschleimhaut zu suchen, haben das Feld behaupten können. Erst Biermer und Trousseau waren es, welche eine annehmbarere Deutung der Krankheitserscheinungen fanden, indem sie die einzelnen asthmatischen Attaquen als tonischen Krampf der Ringmuskeln in den mittleren und kleinen Bronchien ansprachen und auf diese Weise die hervorstechendsten Symptome (exspiratorische Dyspnoe, acute Lungenblähung, fast völliger Stillstand des Zwerchfells etc.) dem Verständniss näher rückten. Die Autoren, insbesondere Biermer, wiesen darauf hin, dass bei der Entstehung des Krampfes es sich um eine Reizung der Vagusbahn handeln müsse, dass die Krankheit als eine Innervationsstörung des Vagus, als eine «Vagusneurose» aufzufassen sei. In wissenschaftlichen Kreisen wurde dieser Auffassung der Dinge im Allgemeinen zugestimmt und in der That befand man sich bis zu diesem Puncte auf dem richtigen Wege.

Nun begannen aber die Schwierigkeiten mit der Frage nach der Ursache der Vagusreizung. Einige wollten in der Bronchialschleimhaut das ursächliche Moment finden, und nachdem man die sogenannten Curschmann'schen Spiralen häufig im Auswurf der Asthmatiker gefunden hatte, glaubte man fest daran, das Asthma entstehe durch eine besondere Form der Bronchitis, wobei diese Spiralen gebildet würden.

Leyden dagegen fand im Auswurf der Asthmatiker spitzige Krystalle und behauptete daraufhin seinerseits, der Krampf entstehe reflectorisch durch die Reizung, welche diese Krystalle auf die Bronchialschleimhaut ausüben. Nachdem auch diese Theorien vielfach angezweifelt worden waren, traten andere Beobachter mit der Behauptung auf, das Asthma werde häufig auf reflectorischem Wege durch gewisse Veränderungen der Nasenschleimhaut, sei es durch catarrhalische Zustände, sei es durch polypöse Wucherungen, hervorgerufen. Diese Beobachtung erwies sich in einigen Fällen freilich als eine richtige, aber die Frage, wie diese Zustände einen asthmatischen Anfall hervorzurufen im Stande seien, blieb noch offen. Ebenso war es nicht verständlich, weshalb ein Polyp oder ein Nasencatarrh nur bei gewissen Personen Asthma hervorruft, wärend eine grosse Mehrzahl welche jahrelang an Nasenpolyp oder Catarrh leidet, von dieser Krankheit vollkommen verschont zu bleiben pflegt. Dazu kam noch, dass man bei vielen Asthmatikern weder in der Nase noch in den Bronchien etwas Abnormes nachweisen konnte, welcher Umstand nur dazu beitrug das Räthselhafte der Krankheit zu erhöhen.

In den letzten Jahren hat sich nun Brügelmann um die Asthmafrage besonders verdient gemacht und es war von vornherein zu erwarten, dass, wenn Jemand überhaupt, am ehesten er, dank seinem colossalen Krankenmaterial, Klarheit in die beregte Frage bringen würde. In seiner Monographie «Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung», hat der genannte Autor seine Erfahrungen niedergelegt und die Asthmafrage um einen beträchtlichen Schritt weitergebracht. Vor allem erkannte er, dass wir es beim Asthma mit einer exquisiten Nervenkrankheit zu thun haben, in welcher das nervöse Centralorgan bei der Entstehung der asthmatischen Anfälle die Hauptrolle spiele, und dass «es wie Schuppen von den Augen» falle wenn man «von diesem Gesichtspunkt aus die ganze Krankeit anzusehen anfange».

Während eines mehrjährigen Aufenthaltes in der Krim habe auch ich Gelegenheit gehabt eine grössere Zahl

Asthmatiker, welche ihrer Krankheit wegen in den Süden geschickt waren, zu Gesicht zu bekommen und erlaube mir daher in Folgendem die Resultate meiner bisherigen Beobachtungen in Betreff dieses Leidens mitzutheilen.

Zunächst dürfte es zweckmässig sein über einige Grundbegriffe sich Klarheit zu verschaffen und daran festzuhalten, dass wir es beim Asthma mit einem tonischen Krampf der Bronchialmuskulatur zu thun haben. Dieser Krampf ist seinerseits abhängig von überstarken Innervationsvorgängen, welche aus der Vagusbahn stammen, wobei es irrelevant ist, ob dabei die Gesammtverzweigung des Lungenvagus in Action tritt oder nur die Aeste für die mittleren und kleinen Bronchien. Damit es aber zu einer Hyperinnervationsthätigkeit des Vagus mit entsprechender Contraction der Bronchialmuskulatur komme, ist es vor allen Dingen nothwendig, dass ein bestimmter Reiz und zwar Reiz von einer ganz bestimmten Stärke und Qualität die Vagusbahn treffe. Die Cardinalfrage ist also: wo haben wir die Angriffsstelle für den Reiz zu suchen?

Bevor wir aber die Anwort darauf geben, besehen wir uns einmal hierbei die Kranken, welche den Arzt ihres Asthmas wegen aufsuchen. Da ist eine Gruppe von Kranken, welche eine Lungenentzündung oder eine Influenza durchgemacht hat und die ganze Schuld ihrem nachgebliebenen Bronchialcatarrh in die Schuhe schiebt. Bei der Untersuchung findet man in der That ausser bronchitischem Pfeifen und Rasseln alles Uebrige normal und man könnte geneigt sein hierbei die directe Reizung der Vagusendigung als das asthmaauslösende Moment in Betracht zu ziehen. Fragt man aber genauer nach, so erfährt man gelegentlich von einigen dieser Kranken, dass auch vor der «Entzündung» hin und wieder asthmaähnliche Symptome zu constatiren waren.

Da ist ein anderer Theil mit gesunder Lunge und Bronchialschleimhaut, bei dem man durch Reizung einer bestimmten Stelle der Nasen-Rachenschleimhaut einen exquisiten Asthmaanfall provociren kann; oder da ist eine Dame, bei der eine Reizung der Schleimhaut im Gehörgang einen regelrechten Anfall hervorruft, oder eine andere Kranke, wo ein ganz ähnlicher Anfall durch den Druck auf den geknickten und in chronischem Reizzustande befindlichen Uterus erzeugt wird. Bei all' diesen Fällen pflegt man sich vorzustellen, dass durch die Reizung der in der Nase, Ohr, Uterus sich ausbreitenden Nervenendigungen der Reiz reflectorisch auf die nervi bronchiales übergreife und so der Bronchialkrampf zu Stande gebracht werde. Wo aber solche «Asthmapuncte» (Brügelmann) nicht gleich zu finden sind, da wird der Beweis für die Existenz genannter Puncte durch die Therapie erbracht. Der Nasenarzt beseitigt gewisse Schwellungen des Nasenganges, cauterisirt gewisse Schleimhautveränderungen und hat die Freude die Asthmaanfälle zuweilen aufhören zu sehen; der Gynäcologe behandelt den anormalen Uterus, wobei es vorgekommen ist, dass Kranke von ihrem Asthma befreit wurden etc. etc.

Hier ist aber eine Gruppe von Kranken, bei denen der Anfall durch ganz besondere Umstände ausgelöst wird. Da ist Einer, der sein Asthma auf seinem täglichen Spaziergang an einer ganz bestimmten Stelle und immer nur an dieser Stelle bekommt. Da ist eine Musiklehrerin, welche von ihren Anfällen nur dann heimgesucht wird, wenn sie zu den Ferien zum Besuch zur Mutter gereist ist und sofort wiederum asthmafrei wird, sobald sie im Orte ihrer Thätigkeit anlangt. Und schliesslich bleiben eine Menge Asthmatiker nach, wo als Krankheitsursache noch verschiedenes Andere, wie geistige oder körperliche Ueberanstrengung, Bergsteigen, Affecte etc. etc angesehn wird. Es scheint also der Ursachen allzu viele zu geben und in der übergrossen Mehrzahl der Fälle stand man dieser Krankheit gegenüber rathlos da.

Ist es nicht im höchsten Grade sonderbar, dass derartig grundverschiedene Ursachen eine so ganz gleichartige Wirkung haben können?! Ist es nicht merkwürdig, dass Reizvorgänge, welche den verschiedensten Gebieten wie der sensiblen, motorischen oder sensorischen Sphäre entstammen immer und immer wieder die Neigung haben ins Vagusgebiet hinüberzugleiten?

Unwillkürlich entsteht die Frage, lässt sich dieser verworrene Symptomencomplex nicht von einem einheitlicheren Standpunct aus betrachten? Brügelmann hat unter Anderem auf ein solches einheitliches Moment hingewiesen und spricht dabei vom erkrankten Centralorgan; er glaubt, dass Asthma müsse man sich ähnlich zu Stande gekommen denken, wie die Epilepsie oder Migräne.

Wir haben gesehen, dass die Asthmaattaquen alle eine gewisse Constanz zeigen und können diese Constanz wenigstens in Bezug auf ihre Qualität bestätigen. Diese Constanz weist mit grosser Deutlichkeit darauf hin, dass wir es mit einem reflexartigen Vorgang zu thun haben, wobei alle asthmaauslösenden Reize immer nur ein bestimmtes Centrum treffen und zwar dasjenige Centrum, welches die Innervation der glatten Bronchialmuskulatur beherrscht, wobei es natürlich möglich ist, dass es sich hierbei nicht um ein einzelnes Centrum, sondern um eine Gruppe von Centren handelt. Da nun dieses Centrum allen Menschen eigen ist, die Mehrzahl aber nicht an Asthma leidet, so ist von vornherein anzunehmen, dass bei den Asthmatikern dieses Centrum ganz besonders reizbar und schwach ist, also den locus minoris resistetiae darstellt, so dass Reizungen, welche ein gesundes Centrum treffen, wirkungslos abprallen, bei unseren Kranken dagegen eine anormale Reaction, eine Hyperreaction hervorrufen. Wo diese Centralstelle sich befindet, ist bisher anatomisch-physiologisch nicht festgestellt worden; doch kommen hier in Frage sowohl der Hirnstamm als auch das Grosshirn selbst.

Welches sind nun die Wege, auf denen der asthmaauslösende Reiz zum Centrum für den Krampf der Bronchialmuskulatur gelangen kann?

Eine richtig abschätzende Beurtheilung der bei Asthmatikern beobachteten Erscheinungen lässt uns annehmen, dass von drei verschiedenen Seiten das Krampfcentrum gereizt werden kann. Die Reizung kann ausgehen 1) vom peripheren Nervensystem, 2) von der Blutbahn, 3) vom Grosshirn.

ad 1) Die Reizung geht von den Endausbreitungen der peripheren Nerven, inbesondere der Schleimhäute aus. Die Erregung hat zumeist ihren Sitz in der Schleimhaut der Luftwege und zwar in der Nase, im Nasenrachenraum oder in den Bronchien. Doch können die Nervenendigungen auch anderer Schleimhäute unter entsprechenden Bedingungen derart gereizt sein, dass sie das abnorm reagirende Asthmakrampfcentrum in Action setzen. Gradenigo hat z. B. durch Reizung gewisser Zonen im Ohr Asthma entstehen sehen (Centralblatt f. Nervenheilkunde, April 1896). Ferner können gewisse Schleimhautveränderungen bei Uterusknickungen derartig erregend auf das Nervensystem einwirken, dass das Asthmacentrum in Mitleidenschaft gezogen wird. Auch lässt sich nicht von der Hand weisen, dass unter gewissen Umständen Erkrankungen auch anderer Organe vermöge ihrer Reizwirkung auf das allgemeine Nervensystem auch das Asthmacentrum in Reizung versetzen können.

Brügelmann will alle diese letzteren Formen unter das neurasthenische Asthma rubriciren, doch ich glaube, die ganze Frage ist noch nicht spruchreif.

ad 2) Das Asthma wird durch Kohlensäure-Ueberfüllung des Blutes hervorgerufen. Die CO_2-Intoxication

kann ihrerseits wiederum erzeugt werden durch Verengerungen der Luftwege, welche in kurzer Zeit entstehen, (wozu besonders günstige Verhältnisse der Nasengang bietet), ferner durch grosse Muskelanstrengung (Bergsteigen, Laufen). Das CO_2-reiche Blut bedingt eine Gesammtreizung des Gehirns, mithin erregt es auch das bei Asthmatikern ganz besonders reizbare Centrum für die Bronchialmuskulatur.

ad 3) Die Reizung des Asthmakrampfcentrums geht vom Grosshirn aus und zwar sind es gewisse psychopathologische Gehirnzustände, welche hierbei in Betracht kommen, wie Hysterie, Neurasthenie und Affectzustände. Alle diese Zustände vermögen unter gewissen Bedingungen das reizbare und geschwächte Centrum für die Bronchialmuskulatur zur anormalen Action zu bringen und ich glaube nicht, dass Brügelmann Recht hat, wenn er nur ein neurasthenisches Asthma anerkennt.

Ich behandelte vor 3 Jahren eine Patientin, welche seit mehreren Jahren an periodisch wiederkehrender melancholischer Depression litt. Sobald sich Symptome von Melancholie zeigten, fingen auch asthmatische Beschwerden an und hörten erst auf, als die Melancholie zu schwinden begann. So ging es Jahr aus, Jahr ein; in den gesunden Intervallen bot Patientin in jeder Hinsicht ein normales Verhalten dar und niemals wurde Asthma ohne Melancholie beobachtet. Die Behandlung beseitigte das Asthma dauernd, während die Melancholie unverändert fortbestand. Haben wir ein Recht hier von einem neurasthenischen Asthma zu sprechen? Ebenso kann man es nicht von der Hand weisen, dass der hysterische Gehirnzustand unter gewissen Bedingungen das geschwächte und reizbare Asthmakrampfcentrum in Action setzen kann, und wir haben es dann mit einem psychogenen Asthma auf hysterischer Basis zu thun, gleichfalls wie im oben erwähnten Fall mit einem psychogenen Asthma auf melancholischer Basis.

Bei der Hysterie kommt aber noch etwas Anderes in Betracht. Wir wissen, dass der hysterische Gehirnzustand im Stande ist die verschiedensten Symptome, welche im Gefolge anderer Erkrankungen aufzutreten pflegen, täuschend nachzuahmen. Es kann eine Hysterica uns das Bild eines Asthmaanfalles mit allen Details darbieten, ohne jedoch asthmakrank zu sein, d. h. ohne ein krankhaft verändertes Krampfcentrum für die Bronchialmuskulatur zu besitzen. Wir haben es in solch' einem Falle mit Pseudoasthma, d. h. mit Hysterie allein zu thun.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen kann sowohl ein neurasthenisches, wie auch ein hysterisches Gehirn oder ein Gehirn im Affectzustande unter entsprechenden Bedingungen das Asthmacentrum reizen, wobei ich bemerken muss, dass diese letzteren Formen am häufigsten vorzukommen scheinen.

Nach all dem Vorhergesagten dürfte folgende Schematisirung zweckmässig erscheinen:

I. Neurogenes (peripherigenes) Asthma.

a) Die Reizung stammt aus der Schleimhaut der Luftwege.

1) nasales
2) pharyngolaryngeales } Asthma.
3) bronchiales

b) Die Reizung rührt von anderen Bezirken der Nervenperipherie her.

II. Haematogenes oder Intoxicationsasthma.

a) durch Verengerung der Luftwege.
b) Asthma nach Bergsteigen, Laufen etc.

III. Psychogenes Asthma.

a) bei Hysterie.
b) bei Neurasthenie.
c) bei Affectzuständen.

Brügelmann hat dem Asthma folgende Eintheilung gegeben: 1) nasales, 2) pharyngolaryngeales, 3) bronchiales, 4) Intoxications- und 5) neurasthenisches Asthma.

Wir haben also gesehen, dass die Erregung der Asthmacentren von drei Seiten her stattfinden kann, vermögen aber nichts darüber auszusagen, welches wohl die Ursachen für die anormale Reaction dieser Centren sein mögen, wir dürfen nur annehmen, dass die erhöhte Reizbarkeit der betreffenden Hirnpartie sowohl ererbt, als auch erworben sein kann, wobei im letzteren Fall offenbar Infectionskrankheiten eine gewisse Rolle spielen.

(Schluss folgt).

Ueber Desinfection der oberen Luftwege.

Von

Dr. R. Kafemann.

Privatdocent an der Universität Königsberg.

Schluss. (Von Dr. Claussen).

Angeregt durch die Erfolge, welche mit der von dem Privatdocenten Herrn Dr. Kafemann angegebenen Inhalationsmethode erzielt wurden, stellte ich im hiesigen hygienischen Institute mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Professor v. Esmarch Versuche an, um die Wirkung der in der angewandten Inhalationsflüssigkeit enthaltenen Substanzen auf die hauptsächlich in den oberen Luftwegen vorkommenden Bacterien zu prüfen.

Um die natürlichen Verhältnisse möglichst nachzuahmen, schaltete ich einen Dr. Kafemann'schen Inhalationsapparat in ein Gummigebläse und liess die in ersterem durch Erwärmung erzeugten Dämpfe über eine mit Bacterienkulturen versehene Agarplatte streichen, welche sich auf dem Boden eines platten, mit Eingangs- und Ausführrohr versehenen, mit dem Gebläse verbundenen Glasgefässes befand. Diese Gefässe standen in einem transportablen Brütschrank mit der Temperatur v. 37° C. Als Prüfungsobjekt benutzte ich bei den Versuchen ein natürliches Bacteriengemisch, welches ich den zur Untersuchung auf Diphtherie eingesandten Proben entnahm.

Bei dem ersten Versuch, bei dem die Agarplatten frisch mit obigem Gemisch beschickt waren, und die eine derselben Mentholdämpfen 3 × 3 Minuten mit Zwischenräumen von 1/2 Stunde ausgesetzt war, zeigten sich, nachdem die Platte 24 Stunden im Brütschrank gestanden, auf der Controllplatte zahlreiche, üppige, aus Staphylococcen bestehende Colonien, während auf der mit Mentholdämpfen behandelten Platte sich ebenfalls Colonien von Staphylococcen entwickelt hatten, jedoch nicht annähernd so zahlreich und kräftig.

Zum 2. Versuch beschickte ich 6 Agarplatten mit demselben Bacteriengemisch und behandelte sie folgendermassen:

Platte I Controllplatte.
» II. 4 × 5 Minuten Dämpfen von Menthol und Eukalyptol aa ausgesetzt mit Pausen von 15 Minuten.
» III. 4 × 5 und 2 × 3 Minuten.
» IV. 4 × 5 und 4 × 3 Minuten.
» V. Vorher längere Zeit den Dämpfen ausgesetzt, dann beschickt und in den Brütschrank gestellt.
» VI. Ebenso.

Nach 24-stündigem Verbleiben im Brütschrank zeigt die Controllplatte kräftigen gelblichen Belag, bestehend aus Staphylococcen und Stäbchen.

Auf den anderen Platten sieht man einen ganz leichten grauen Belag. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Stäbchen und einzelne Coccen.

Es sind also hier Staphylococcen nicht zur Entwickelung gekommen und man könnte daraus schliessen, dass die Dämpfe bereits abtödtend gewirkt hätten. Da aber derselbe Befund auf den Platten V und VI war, die vorher imprägnirt und bei dem Versuche nicht den Dämpfen ausgesetzt waren, dass das im Nährboden befindliche Menthol die bactericide Wirkung ausgeübt hat.

Nun setzte ich die mit kräftigem Belage versehene Controllplatte denselben Dämpfen aus und impfte davon Agarröhrchen. Ueberall zeigte sich nach 24 Stunden üppiges Wachsthum. Es haben hier also die Dämpfe nicht gewirkt. Die Bacterien bleiben lebensfähig da sie durch die Ueberimpfung auf einen frischen Nährboden der Wirkung der sie bedeckenden oder im alten Nährboden befindlichen Substanzen entzogen wurden.

Jetzt setzte ich Platten, welche mit einer 24-stündigen Aufschwemmung von Staphylococcus aureus beschickt waren, 2 × 30 Minuten den Dämpfen von Menthol und Eukalyptol aa aus. Nach je 30 Minuten wurde auf Agarröhrchen abgeimpft. Alles war steril, die Controllplatte üppig bewachsen.

Da nun die Platte mit einer dicken Schicht von Mentholkrystallen bedeckt war und es sich nicht vermeiden liess, bei der Abimpfung einen wenn auch kleinen Theil davon mitzunehmen, so hielt ich diesen Versuch nicht für einwandsfrei und wiederholte ihn indem ich statt der Agarröhrchen Bouillonröhrchen impfte und zwar 4 Mal nach je 10 Minuten. Die den Dämpfen ausgesetzte Platte blieb steril; die Bouillonröhrchen waren sämmtlich, wenn auch nur leicht getrübt. Die Cultur auf Agar ergab Staphylococcen. Die Dämpfe haben also nicht abtödtend gewirkt.

Einige andere Versuche ergaben dasselbe Resultat

Bei den nun folgenden Versuchen prüfte ich die Wirkung des Menthol, Eukalyptol, Oleum Pin. Pumilion. in einfacher und zusammengesetzter Verwendung auf Reinculturen bestimmter bei den einzelnen Erkrankungen in der Nase und im Rachen vorkommenden Bacterien. Ich wählte dazu Staphylococcus aureus und albus, Staphylococcus pyogenes, Bac. Diphtheriae, Bac. Pseudodiphtheriae, Bac. pyocyaneus, Bac. mucos. Ozaenae.

Um die Dämpfe gleichmässig auf mehrere grosse Culturen der genannten Bacterien wirken zu lassen, benutzte ich einen fest verschliessbaren Blechkasten, versehen mit einer Einrichtung Glasplatten darin aufzuhängen und 2 Oeffnungen an den schmalen Seiten zum Ein- und Ablassen des Dampfes. Die Röhre des Gebläses wurde so gerichtet, dass der Kasten mit Dampf gefüllt, die Platten jedoch nicht direckt vom Dampfstrom getroffen wurden.

Zunächst setzte ich Agarplatten, welche mit einer 24-stündigen Aufschwemmung von Staphylococcus aureus stark beschickt waren, Dämpfen von Menthol aus und zwar 5 × 5 Minuten. Der Befund nach 24 Stunden, während welcher die Platten im Brutschrank gestanden, auf den Platten sowohl wie auf den abgeimpften Strichkulturen war der, dass Platten sowohl wie Strichkulturen zwar Wachsthum zeigten, dasselbe aber nicht annähernd so üppig war wie auf der Controllplatte.

Derselbe Befund zeigte sich in einem neuen Versuche bei Platten mit 24 Stunden alter Cultur von Staphylococcus aureus und solchen, die zunächst unbeschickt den Mentholdämpfen ausgesetzt und dann mit einer Aufschwemmung derselben Bacterienart versehen waren.

Auch hier überall abgeschwächtes Wachsthum. Dagegen zeigte der nächste Versuch, bei dem ich Platten, welche mit Aufschwemmungen von Staphylococcus aureus, albus, Streptococcus pyogenes und Bac. Diphtheriae versehen waren, 3 × 30 Minuten Dämpfen von Menthol aussetzte, zwar bei Staphyl. aur. und alb. dasselbe, bei Streptococcus und Bac. Diphth. weder auf Platten noch Strichculturen Wachsthum. Die beiden letzten Bacterienarten waren also bereits nach der ersten halben Stunde abgetödtet.

Derselbe Versuch mit ausgewachsenen Culturen ergab bei allen Bacterienarten abgeschwächtes Wachsthum.

Den Dämpfen von Eukalyptol setzte ich zunächst frisch angelegte Culturen von Staphyloc. aur., Streptoc. Bac. Diphth. und Pyocyaneus 6 × 5 Minuten aus. Der Befund nach 24 Stunden war folgender:

Staphyl. aur. war gewachsen. Das Wachsthum von Streptoc. nimmt allmählich ab, bis zuletzt nur noch einzelne Colonien auf dem Impfstrich zu sehen sind. Diphtherie ist bereits nach den ersten 15 Minuten nicht mehr gewachsen. Pyocyaneus zeigt bis zuletzt kräftiges Wachsthum. Dann stellte ich die Platten offen in den Brütschrank, um die Verdunstungszone nicht zu sehr wirken zu lassen und legte nach 24 Stunden Strichculturen an.

Es fand sich ein spärliches Wachsthum bei Staphylococcus, Streptococcus und Diphtherie waren nicht, Pyocyaneus farblos gewachsen. Der Versuch mit 24 Stunden alten Culturen derselben Bacterienarten zeigt dasselbe Resultat nach Einwirkung der Dämpfe von 3 × 30 Minuten.

Die Wirkung der Dämpfe von Menthol und Eukolyptol aa scheint nach dem folgenden Versuch nicht nur nicht erhöht, sondern etwas abgeschwächt zu sein.

Auf der einen Platte befanden sich ausgewachsene Culturen von Staphylococcus aur., Streptococcus, Bac. Diphth. und Pyocyaneus, auf der anderen frisch angelegte Culturen derselben Bacterienarten. Die Einwirkung der Dämpfe dauerte 6 × 15 Minuten.

Staphylococcus und Pyocyaneus sind gewachsen, bei Diphtherie und Streptococcus wird das Wachsthum schon nach 2 × 15 Min. spärlich, erlischt aber nicht ganz. Bei der frischen Cultur von Bac. Diphth. ist das Wachsthum schon nach 15 Min. erloschen.

Derselbe Versuch mit ausgewachsenen Culturen und einer Einwirkung der Dämpfe von 5 × 30 Minuten ergiebt das Resultat, dass Staphylococcus schwach, Pyocyaneus stark auf den Strichculturen gewachsen ist, Bac. Diphth. und Streptococcus nach 2 × 30 Minuten bereits abgestorben sind.

Der dritte wirksame Bestandtheil der Dr. Kafemannschen Inhalationsflüssigkeit ist das Oleum. Pin. Pumilionis. Seine Wirkung war folgende. Die Platten werden mit Aufschwemmungen der oben genannten Bacterienarten versehen, bleiben 5 Stunden im Brütschrank und werden 10 × 15 Minuten den Dämpfen ausgesetzt. Staphylococcus ist gewachsen wenn auch nicht so kräftig wie auf der Controllplatte. Bei Streptococcus nimmt das Wachsthum schon nach 2 × 15 Minuten ab und ist nach 6 × 15 Minuten erloschen. Bei Bac. Diphth. nimmt das Wachsthum allmählich ab, erlischt aber nicht ganz. Pyocyaneus ist bis zuletzt kräftig gewachsen.

Ein zweiter derartiger Versuch auf ausgewachsene Culturen zeigt auch bei Streptococcus nur abschwächende Wirkung.

Da nun bei allen Versuchen die Wirkung nicht allein den Dämpfen zugeschrieben werden kann sondern den Substanzen selbst und ihren Verdunstungszonen, so stellte ich noch einen Versuch über das Verhalten der gebrauchten Bacterien, denen ich noch Bac. Pseudodiphtheriae und Bac. mucosus Ozaenae hinzufügte, in dieser Verdunstungszone an.

Auf den Boden von 10 Petri'schen Schälchen wird eine Agarschicht gegossen und die Culturen der genannten Bacterien auf je 2 Schälchen vertheilt. Die Schälchen werden umgedreht und auf die Innenseite der Deckel kleine Quantitäten von Menthol, Menthol und Eukalyptol aa, Eukalyptol und Ol. Pin. Pumil. gethan und die

Schälchen in den Brütschrank gesetzt. Nach 3 Stunden wurden die ersten Strichculturen davon angelegt, nach 6 Stunden die zweiten. Die Schälchen bleiben dann noch 20 Stunden im Brütschrank. Dann werden sie geöffnet und bleiben noch 10 Stunden im Brütschrank, der öfters gelüftet wird. Es ist damit die Verdunstungzone nicht mehr vorhanden und die nur geschwächten Culturen können sich erholen. Das Resultat ist folgendes:

I. Bei den Strichculturen in der Verdunstungszone des Menthol.

Nach 3 Stunden:
Staphyl. gewachsen.
Ozaena gewachsen.
Diphtherie gewachsen.
Pseudodiphtherie nicht gewachsen.
Streptococcus nicht gewachsen.
Pyocyaneus gewachsen.

Nach 6 Stunden:
Staphyl. gewachsen.
Ozaena schwach gewachsen.
Diphtherie nicht gewachsen.
Pseudodiphtherie nicht gewachsen.
Streptococcus nicht gewachsen.
Pyocyaneus gewachsen.

In der Verdunstungszone des Eukalyptol.

Nach 3 Stunden: / Nach 6 Stunden:
Staphylococcus gewachsen. / Derselbe Befund.
Ozaena nicht gewachsen.
Diphtherie nicht gewachsen.
Pseudodiphtherie nicht gewachsen.
Streptococcus nicht gewachsen.
Pyocyaneus gewachsen.

In der Verdunstungszone l. Menthol-Eukalyptol $\overline{aa}$.

Nach 3 Stunden: / Nach 6 Stunden:
Staphylococcus gewachsen. / Derselbe Befund.
Ozaena nicht gewachsen.
Diphtherie nicht gewachsen.
Pseudodiphtherie nicht gewachsen.
Streptococcus nicht gewachsen.
Pyocyaneus gewachsen.

In der Verdunstungszone von Ol. Pin. Pumil.

Nach 3 Stunden: / Nach 6 Stunden:
Staphylococcus gewachsen. / Derselbe Befund.
Ozaena kräftig gewachsen.
Diphtherie gewachsen.
Pseudodiphtherie nicht gewachsen.
Streptococcus nicht gewachsen.
Pyocyaneus kräftig gewachsen.

Befund bei den Platten nachdem sie 20 Stunden geschlossen im Brütschrak gestanden:

In den mit Menthol behandelten Platten ist Staphylococcus, Ozaena-Pyocyaneus gewachsen, die Uebrigen nicht. Bei den anderen ist der Befund derselbe wie bei den Strichculturen, nur dass Bac. Diphth. in der mit Ol. Pin. behandelten Platte sehr spärlich gewachsen ist. Derselbe Befund ist nachdem die Platten 10 Stunden ausserhalb der Verdunstungszone gewesen sind.

Kurz zusammengefasst ist das Resultat dieses Versuches: Die Verdunstungszone des Menthol wirkt auch auf Staphylococcus, Bac. Ozaenae, Pyocyaneus nicht tödtend, auf den Bac. Diphtheriae in 6, auf die Uebrigen in 3 Stunden.

Eukalyptol tödtet in seiner Verdunstungszone nach 3-stündigem Aufenthalt darin Bac. Ozaenae, Bac. Diphth., Pseudodiphth., Streptococcus; geschwächt wird Staphylococcus, Pyocyaneus bleibt unberührt.

Dasselbe bei Eukalyptol und Menthol $\overline{aa}$. Bei Ol. Pin. Pum. ebenfalls dasselbe, nur das Bac. Diphth. spärliches Wachsthum zeigt.

Bei allen den angestellten Versuchen haben wir eine das Wachsthum der verwendeten Bacterien, mit Ausnahme des Pyocyaneus, mehr oder minder hemmende oder sogar tödtende Wirkung besonders bei frisch angelegten Culturen gesehen. Bei den stark entwickelten, wie ein Rasen den Nährboden bedeckenden Culturen trat die Wirkung nicht so deutlich hervor. Diese dürften auch wohl kaum den natürlichen Verhältnissen entsprechen, da der Inhalationsapparat doch in erster Linie bei acuten und chronischen Katarrhen der oberen Luftwege angewendet zu werden bestimmt ist.

Nach dem Resultat des letzten Versuches könnte man den vollständig gerechtfertigten Einwand machen, dass bei den vorhergehenden Versuchen mit Dämpfen nicht diese tödtend oder das Wachsthum abschwächend gewirkt haben, sondern die lange einwirkende Verdunstungszone.

Es ist aber der Zweck dieser Arbeit nicht der, die Wirkung der angewendeten Substanzen nur in Dampfform zu untersuchen, sondern ihre Wirkung wie sie bei dem von Dr. Kafemann angegebenen Inhalationsverfahren eintritt. Dieses glaube ich nun bei meinen Versuchen richtig nachgeahmt zu haben.

Wie bei den Versuchen der Dampf durch das Gebläse über die Agarplatten getrieben wurde, so streicht er in natürlichen Verhältnissen durch die Inspiration über die Schleimhäute, dringt in die kleinsten Falten und Buchten derselben, schlägt sich dort als Substanz nieder; dieselbe verdunstet und übt somit eine langdauernde Wirkung auf die dort befindlichen Bacterien aus.

Auch die lange Applicationsdauer, wie ich sie bei den Versuchen angewendet habe, erscheint nicht so abnorm, wenn man bedenkt, dass eine Inhalationskur selbst bei häufiger Anwendung sich Wochen und Monate hinzieht. Ausserdem ist es in der That nicht schwer, die Dämpfe stundenlang einzuathmen.

Ich behalte mir vor diese Versuche in möglichst reiner und einwandsfreier Form zu wiederholen und zu erweitern.

Königsberg, September 1897. Claussen.

Referate.

Sedziak (Warschau): Seltener Fall von Soor. (Gazeta lek. Nr. 6 1897) Referat Therap. Wochensch. 1897. Nr. 37.

Eine relative Seltenheit bietet der Fall von mikroskopisch sicher nachgewiesenem Soor bei einem 15-jährigen Mädchen dar. 2 Wochen nach durchgemachter Diphtherie traten Schluckbeschwerden, näselnde Sprache, zeitweises Regurgitiren der Flüssigkeit durch die Nase auf. Der ganze weiche Gaumen, die Gaumenbogen, die Uvula waren geröthet und geschwollen und von stecknadelkopfgrossen weissen Flecken durchsäet. In der Nase und im Larynx liess sich dasselbe Bild bei der Spiegeluntersuchung constatiren. Die Halsdrüsen geschwollen, nicht schmerzhaft. Die Krankheit liess sich unter Gebrauch von Arsen mit Chinin und Gurgelungen mit Menthol nach zwei Monaten ganz beseitigen. In dem betreffenden Falle gehört die Lokalisation des Soor an mit Cylinder- resp. Flimmerepithel bedeckten Stellen zu den selteneren Erscheinungen.

Th. Hecker.

Malherbe: Ein Fall von Redressement forcé des Malum Potti mit letalem Ausgang. (Gaz. méd. de Nantes 12 juin 1897). Ref. im Bulletin géneral de Therapeutique 1897, 8 September.

Verf. demonstrirte in der Societé anatomo-pathologique de la Loire- Jnférieure die Wirbelsäule eines 12jährigen Spondylitikers, mit 8-jährigem Bestehen des Gibbus im Dorso-Lumbal-Theil, welcher in Folge des an ihm vorgenommenen forcirten Redressements nach Callot zu Grunde gegangen war.

Der nach beiden Seiten ausgeführte Zug verminderte den Buckel, liess ihn jedoch nicht verschwinden; ein gewisser Druck musste ausgeübt werden, um den Gibbus vollständig zu beseitigen.

An den auf die Operation folgenden Tagen konnte eine gewisse Beeinträchtigung der Respiration und mehrmals Nasenbluten beobachtet werden. Jedoch Pat. klagte über nichts und schien sich ganz wohl zu fühlen. Am elften Tage nach der Operation trat plötzlich schnell sich verschlimmernde Dyspnoe ein und Pat. starb nach Verlauf einiger Stunden.

Bei der Section fand man einen hämorrhagischen Erguss, ein Liter voll, im rechten Pleuraraum und Pseudomembranen auf der Pleura selbst. Was die Wirbelsäule betrifft, so bemerkt man eine starke Dislocation der Fragmente, die Wand des tuberkulösen Herdes ist zerrissen. Mitten auf dem Lumbaltheil der Wirbelsäule ist ein neuer Senkungsabscess im Entstehen begriffen.

Th. Hecker.

Müller (Neresheim): Acute tödtliche Arsenikvergiftung bei externer Anwendung. Med. Corr.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1897. Nr. 31.

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um ein 15-jähriges Mädchen, bei welchem die Mutter einige Kopfläuse entdeckt hatte und welches nun zur Tilgung derselben sich ½% Arseniklösung bereitet und den Kopf damit gewaschen hatte. (In den Büchern des Vaters, der Thierarzt war, orientirte sie sich über das Mittel und entnahm es seinem Arzneischrank). Kurz darauf fühlte sie sich unwohl und ½ Stunde später war schon Verf. herbeigeholt, der sofort eine leider vergebliche Gegentherapie zur Anwendung bringen konnte. Zumal das Mädchen alles eingestanden hatte.

Der Status bei Müller's Ankunft war folgender: Klagen über Kopfweh, Schwindel, Uebelkeit, metallischen Geschmack im Munde, Schmerzen in der Lebergegend, Brechreiz. Bleiche Gesichtsfarbe, beschleunigter Puls und schnelles Athmen. Das Bewusstsein war völlig klar, und das Mädchen erzählte über den ganzen Hergang der Vergiftung: auf die Lippen sei ihr etwas gekommen aber sie habe es sofort abgewischt. Geschluckt habe sie bestimmt nichts von der Lösung.

Trotz energisch angewandter Therapie wurde das Bewusstsein bald umflort, leichte Zuckungen stellten sich ein; die Körperkräfte nahmen sichtlich ab; der Puls wurde kleiner und fadenförmig, das Athmen erschwert, Haut und Extremitäten wurden kalt, cyanotisch; klebrige, kalte Schweisse stellten sich ein. Das Mädchen wurde unruhig, wälzte sich im Bett herum und unter Delirien erfolgte nach 15-stündigem Kranksein der Tod.

In diesem Falle lag nach Vorstehendem zweifellos eine bei externer Anwendung durch rasche Resorption einer grösseren Menge arseniger Säure bedingte tödtliche Vergiftung vor.

Die Resorption hatte stattgefunden durch eine völlig gesunde und von jeglichem Eczem und etwaigen durch Kratzen hervorgerufenen Hautabschürfungen freie Haut, wovon sich Verf. nach dem Entfernen der Haare noch bei Lebzeiten des Mädchens überzeugen konnte.

Th. Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Nil Filatow: Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Studirende der letzten Semester. Aus dem Russischen von Dr. C. Beier. Autorisirte Uebersetzung nach der 4. Auflage. Wien. Verlag von Josef Safar. 1897. Preis M. 6. —

Die kürzlich erschienene Uebersetzung der 4. Auflage des Lehrbuchs der Kinderkrankheiten unseres bekannten russischen Kinderarztes Filatow können wir aus vollem Herzen willkommen heissen. Filatow, wohlbewusst dass viele vollständig dem Zweck entsprechende Handbücher existiren, hat sein «kurzes Lehrbuch» entstehen lassen, indem er einem practischen Bedürfniss der studirenden Jugend Rechnung tragen wollte. Dieselbe sollte in demselben einen wohlfeilen, knappen, nur das Nothwendigste enthaltenden Leitfaden der Paediatrie erhalten. Diesen Zweck ist es nun geeignet wie schwerlich ein anderes, zu erfüllen! Der in den Kliniken arbeitende und auch der vor der Staatsprüfung stehende Mediciner wird durch dieses Lehrbuch schnell und gut, aber auch gründlich genug mit den wichtigsten Kapiteln des Specialfachs bekannt gemacht werden können. Doch auch dem practischen Arzte ist es wohl geeignet gute Dienste zu thun, gilt es sich rasch zu orientiren. Freilich enthält das Buch, wie es auch in den Rahmen eines «kurzen Lehrbuchs» eines «Leitfadens» gehört, nur Capitel über die wichtigsten, über die am häufigsten vorkommenden Krankheiten des Kindesalters und deshalb kann es auch nicht ein Handbuch der Kinderkrankheiten ersetzen. Doch solches war auch keineswegs die Absicht des Verfasses.

Wir möchten zum Schluss die Hoffnung aussprechen, dass dieses Büchlein eine weite Verbreitung ausserhalb der Grenzen unseres Vaterlandes erleben möchte. Dessen sind wir gewiss, dass es Freunde finden wird!

Hecker.

Ch. Jacob. Atlas der klinischen Untersuchungsmethoden nebst Grundriss der klinischen Diagnostik und der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Mit 182 farbigen Abbildungen auf 68 Tafeln und 64 Abbildungen im Text. München 1897. Band XV von Lehmann's medicinischen Handatlanten. Gebunden Preis 10 Mark.

Der vorliegende Band der Lehmann'schen Handatlanten bringt eine Auswahl der wichtigsten klinischen Befunde, von denen die klinische Mikroskopie und die chemischen Farbenreactionen auf 22 Tafeln, die normalen Organprojectionen und die percussorische Topographie auf 6 Tafeln, die Schemata von Lungen- und Herzkrankheiten auf 22 Tafeln und die Schemata von abdominalen Erkrankungen auf 18 Tafeln, alle in der mustergiltigsten und prachtvollsten Weise dargestellt sind. Jede Abbildung wird durch einen nebenstehenden Text erläutert Ausserdem enthält dieser Band auch einen 230 Seiten einnehmenden Abriss, welcher kurz gefasst, aber in sachgemässer und präciser Weise. die erste Hälfte des Buches ergänzend, eine klinische Diagnostik bringt. — Nebenbei findet sich eine Reihe kurzer, aber werthvoller therapeutischer Notizen. Wir können diesen Band dem älteren Studenten und dem jungen Arzte auf das angelegentlichste empfehlen.

K—r.

Н. Н. Михайловъ: Очеркъ современныхъ условій кумысолѣченія на востокѣ Россіи. С. П. Б. Изданіе К. Л. Риккера 1897. Цѣна 60 коп.

Die bisher bekannten Schriften über die Kumyssbehandlung enthielten meist die Lehre von der Herstellung des Kumyss, von seiner chemischen und physiologischen Beschaffenheit und von seiner therapeutischen Wirkung, aber sie konnten dem Leser nicht in genügender Weise darüber Auskunft geben, wo dieser Kumyss zu finden sei. Auch fehlten Nachweise über Cur- und Ortsverhältnisse. Verfasser ist daher einem lebhaft empfundenen Bedürfnisse entgegengekommen, wenn er seine im vorigen Jahre im «Wratsch» erschienene Arbeit über dieses Thema in etwas erweiterter Form als Brochüre herausgegeben hat. Die Angaben umfassen zwar nicht das ganze Terrain, wo man mehr oder weniger zweckmässig Kumyss trinken kann, sondern beziehen sich nur auf einige Gebiete des Ssamara'schen, des Orenburg'schen und besonders des Ufa'schen Gouvernements, welches letztere als die eigentliche Wiege der Kumysstherapie anzusehen ist, und auch jetzt noch den Vorrang besitzt. Die Mittheilungen des Verfassers bieten um so mehr Interesse dar, als wir erfahren, dass er 15 Sommer selbst in den Steppen verbracht hat, erst als Jäger, dann als phthisischer Patient und endlich als gesunder Landschaftsarzt. Dass der Comfort des Kranken in jenen von der Cultur zum Theil nur wenig berührten Provinzen leider häufig genug noch viel zu wünschen übrig lässt, geht freilich ebenfalls aus diesen Blättern hervor, wir sind aber jetzt imstande unsere tuberculösen Patienten nicht wie bisher mit einer mehr oder minder allgemeinen Directive zur Kumysskur zu schicken, sondern wir können ihm den passenden Ort aussuchen und ihm das in solchen Fällen besonders unangenehme Umherfragen und -suchen ersparen. Insofern kommt dieser medicinischen Führer, dieser kleinen Topographie des Kumyss eine besondere Bedeutung zu und wir können ihr daher nur die weiteste Verbreitung wünschen.

Kallmeyer.

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Pernau.

4.—6. Juni 1897.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 4. Juni 1897 10 Uhr Vormittags.

1. Vor der officiellen Eröffnung der Sitzung betritt das Stadthaupt von Pernau Herr Brackmann das Podium, begrüsst die Versammlung mit herzlichen Worten und heisst sie in den Mauern der Stadt willkommen. Das Stadthaupt fordert im Auftrage der Stadtverwaltung die Versammlung auf, am Schlusse des Aerztetages eine Ausfahrt per Dampfer als Gäste der Stadt zu unternehmen um das neu erbaute städtische Schlachthaus zu besichtigen.

2. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. Behse eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommt die Aerzte im Namen der Pernauschen Aerzte.

3. Herr Dr. Koppe verliest den Kassabericht der Gesellschaft, vom 31. August 1896 bis zum Juni 1897.

Die Einnahmen betrugen:

Rest vom 8. Aerztetage . . .	6 Rbl. 11 Kop.
67 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl.	335 » — »
In Summa	341 Rbl. 11 Kop.

Die Ausgaben beliefen sich auf 176 Rbl. 55 Kop.
Mithin verbleibt der Casse ein Rest von 164 Rbl. 56 Kop.

4. Der Herr Secretär legt die eingegangenen Schriften und Bücher vor.

a) Archiv des Sciences biologiques herausgegeben von dem kaiserlichen Institute für Experimentalmedicin zu St. Petersburg I, V, Heft.

b) Bericht über die Thätigkeit des Kinderhospitales 1—5 der heiligen Olga zu Moskau für das Jahr 1895.

c) Protokolle der Gesellschaft der Ferghanaschen Aerzte 1896/1897.

d) Protokolle der ärztlichen Gesellschaft zu Omsk 1897 Nr. 5 und 6.

e) H. Rubinstein: Ueber Blutveränderungen bei Krebsartigen Erkrankungen. Jurjewer Dissertation 1896.

f) Eine Biographie des Begründers des rothen Kreuzes Henry Dunant.

g) Ein Schreiben des Herrn Livl. Medicinalinspectors sub Nr. 536 vom 25. Februar 1897. Der Herr Medicinalinspector theilt mit, dass die Redaction des «Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины» im laufenden Jahre die Absicht habe, besonders über die sanitären und medicinischen Zwecken dienenden Einrichtungen etc. zu berichten und bittet den Vorstand der Livl. Gesellschaft der Aerzte die Redaction genannter Zeitschrift mit einschlägigem Material zu versorgen.

h) Vom medicinischen Conseil des Russischen Reiches ein Verzeichniss der Mittel, welche in der neu zu edirenden Russischen Pharmacopoe Aufnahme finden sollen mit dem Ersuchen sich zu dieser Vorlage zu äussern. Da die Meinungsäusserung nicht später als bis zum 15. Februar 1897 erbeten war, so ist der Livländische Aerztetag selbstredend nicht in der Lage gewesen eine Stellung in dieser Angelegenheit einzunehmen.

i) Ein Schreiben des Arbeitsausschusses des «allgemeinen Vereines für Verbesserung der Frauenkleidung». Der Ausschuss dankt für das Interesse welches die Gesellschaft Livl. Aerzte seinen Bestrebungen bewiesen, da er die Veranstaltung eines populären Vortrages über die sanitären Schäden der heutigen Frauentracht auf seine Tagesordnung gesetzt habe.

5. Discussion über den Ort des nächsten Aerztetages.

a) Dr. Apping-Wolmar. Ich fordere die Herrn Collegen auf im nächsten Jahre den X. Aerztetag in Wolmar abzuhalten und erlaube mir Sie dorthin einzuladen.

b) Dr. Gernhardt-Fellin. Im Namen der Fellinschen Aerzte, erlaube ich mir die Herrn Collegen zum nächsten Jahre nach Fellin zu laden, da ja in Fellin die Gesellschaft Livl. Aerzte gegründet wurde.

c) Dr. Truhart. So sympathisch mir persönlich der Gedanke wäre den nächsten Aerztetag in Fellin zu feiern, da ja Fellin gleichsam die Wiege unserer Aerztetage war, so muss ich mich aus mancherlei Gründen dagegen aussprechen. Fellin ist doch zu abgelegen und trotz der schmalspurigen Eisenbahn nur mit grossem Zeitverlust zu erreichen. Ich fürchte, dass der Aerztetag in Fellin eine zu kleine Anzahl von Theilnehmern aufweisen dürfte. Ich möchte daher die Einladung des Herrn Collegen Apping befürworten und Wolmar vorschlagen. Den ersten Aerztetag vor 9 Jahren veranstalteten wir auch in Wolmar und nicht in Fellin.

Abstimmung über den Vorschlag des Herrn Dr. Truhart. Die Majorität der Versammlung bestimmt Wolmar als Ort der nächsten Zusammenkunft.

6. Discussion über den Termin des nächsten Aerztetages.

a) Dr. Apping-Wolmar. Ich möchte mir erlauben den Monat September oder aber den Juli als Zeit für den nächsten Aerztetag vorzuschlagen. Ich persönlich kann es nicht übersehen, welcher Termin günstiger ist, das Präsidium wird ja wohl am besten diese Frage lösen.

b) Dr. Klemm-Riga. So weit ich die ärztlichen Verhältnisse in Riga übersehe, so wäre den dortigen Collegen der August oder der September als Termin des Aerztetages am bequemsten, während der ersten Sommermonate ist es uns schwer Riga zu verlassen.

c) Professor Dehio. Ich schlage vor wir überlassen die Bestimmung des Zeittermines dem Präsidium. Das Präsidium wird alle Umstände berücksichtigen und seine Dispositionen treffen. Wenn wir aber durchaus einen Termin fixiren wollen, so wäre es am besten dieses am Schlusse des Aerztetages zu thun. Wir haben dann alle Zeit uns untereinander zu besprechen und privatim über den geeignetesten Zeitpunkt zu verständigen.

Dr. Behse-Pernau. Es scheint mir das Beste wir überlassen die ganze Frage dem Präsidium.

Dr. Truhart-Dorpat. So lange ich mich erinnere ist von den Collegen in Riga auf den jeweiligen Aerztetagen der Termin als ein nicht glücklich gewählter bezeichnet worden. Immer wieder hiess es dieses wäre der ungünstigste Termin. Ich bin auch der Ansicht, wir berathen den Termin des nächsten Aerztetages am Schlusse unserer Versammlung und besprechen uns noch vorher mit den Collegen, welcher Zeitpunkt Ihnen der geeigneteste dünkt.

Dr. Behse-Pernau. Ich lege der Versammlung die Frage vor, sollen wir die Bestimmung des Termines dem Vorstande überlassen oder sollen wir am Schlusse unserer Verhandlungen noch einmal diesen Punkt discutiren.

Die Versammlung erklärt sich dafür am Schlusse des Aerztetages noch einmal diesen Punkt zu discutiren.

Anmerkung des Secretärs. Leider wurde der vorgerückten Zeit wegen dieser Punkt am Schlusse des Aerztetages nicht discutirt, so dass die Bestimmung des Zeitpunktes nach wie vor dem Vorstande überlassen bleibt.

7. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten. Es werden gewählt zum Präses: Herr Dr. Truhart-Jurjew, zum Secretär Herr Dr. Behr-Riga und zum Cassaführer Herr Dr. Apping-Wolmar.

Herr Dr. Truhart dankt für seine Wiederwahl und begrüsst die anwesenden Collegen. Einen besonderen Dank spricht Herr Dr. Truhart der Stadtverwaltung der Stadt Pernau aus, da zum ersten Male seit Bestehen der Gesellschaft Livl. Aerzte eine Commune als solche die Einladung, den Aerztetag in den Mauern ihrer Stadt abzuhalten, hatte ergehen lassen.

8. Prof. Dehio giebt folgendes Referat: Ueber die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».

Die Gesellschaft begann das Jahr 1896 mit einem Baarvermögen in Werthpapieren im Nominalbetrag von 14500 Rubeln und einem Kassabestand von 1280 Rubeln 87 Kopeken in baarem Gelde. Die Einnahmen betrugen im Jahre 1896—17720 Rubel 93 Kopeken; die Ausgaben — 28602 Rbl. 83 Kop. Um die Ausgaben zu decken haben Werthpapiere im Nominalbetrag von 10400 Rubeln verkauft werden müssen, sodass das Baarvermögen der Gesellschaft zum 1. Januar 1897 aus Werthpapieren im Nominalbetrage von 4100 Rbl. und 798 Rbl. 97 Kop. in baarem Gelde bestand.

Zu den Einnahmen, welche sich wie gewöhnlich aus den Jahresbeiträgen der Mitglieder, einmaligen Schenkungen, den regelmässigen Beiträgen der livländischen, estländischen und oeselschen Ritterschaften, Krankengeldern und den Zinsen von unserm Kapital zusammensetzten, ist folgendes zu bemerken:

Bekanntlich hat die Estländische Ritterschaft zum Andenken an die heilige Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten für die Aussätzigen des Gouvernements Estland ein eigenes Leprosorium in Kuda gestiftet und daher sind auch im Herbst dieses Jahres die estländischen Leprösen, welche bisher in Nennal verpflegt worden waren, nach Kuda übergeführt worden. Unsere Gesellschaft ist somit der Sorge für die estländischen Leprösen enthoben, aber gleichzeitig fällt auch für die Zukunft der jährliche Beitrag von 1000 Rubeln fort, welchen die Estländische Ritterschaft bisher unserer Gesellschaft gezahlt hat.

Das Gesinde Drawnik, welches die Livländische Ritterschaft unserer Gesellschaft überlassen hatte in Erwartung, dass daselbst ein Leprosorium für lettische Kranke erbaut werden würde, entsprach diesem Zweck nicht völlig, und unsere Gesellschaft zog es vor, in der Nähe von Wenden ein eigenes Grundstück zu erwerben und daselbst ein Leprosorium zu gründen. Die Livländische Ritterschaft hat deshalb das Gesinde Drawnik gegen eine Ablösungssumme von 3000 Rbl. zurückgezogen, womit sich unsere Gesellschaft nur durchaus einverstanden erklären konnte.

Was unsere Ausgaben betrifft, so haben sie im Jahre 1896 eine besonders hohe Summe erreicht. Den Hauptposten macht die Zahlung für den Bau und die Einrichtung des Leprosoriums bei Wenden aus; nachdem für diesen Zweck im Jahre 1895 12000 Rbl. gezahlt waren, kamen im Jahre 1896 noch 10138 Rbl. 68 Kop. hinzu. In nächster Zeit werden wir den Rest der Schuld mit 2872 Rbl. bezahlen, so dass uns die Errichtung des Leprosoriums bei Wenden, eingerechnet den Ankauf des Grundes und Bodens, die Baukosten und die Anschaffung der inneren Einrichtung und das Inventar, auf 25010 Rbl. 68 Kop. zu stehen kommt. Damit haben wir für 60 Lepröse ein nach allen Richtungen befriedigendes Unterkommen in einem auch architektonisch sich gut präsentirenden steinernen Gebäude geschaffen und Sachkenner werden uns zugeben, dass wir billig gewirthschaftet haben. Unser Zweigcomité in Wenden, welches unter der Leitung des Herrn Baron v. d. Pahlen die Errichtung des Wenden'schen Leprosoriums in die Hand genommen hat,

hat sich damit den aufrichtigen Dank der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra erworben. Am 29. August 1896 wurde das Leprosorium mit einem anspruchslosen, aber ergreifenden Hausgottesdienst seiner Bestimmung übergeben; der Präses und mehrere Glieder unseres Verwaltungsrathes, sowie eine grosse Zahl von Aerzten, welche um diese Zeit zum livländischen Aerzte-Tag in Wenden versammelt waren, wohnten der Eröffnungsfeier bei.

Das Leprosorium Nennal hat im Jahre 1896 eine wichtige Verbesserung erfahren; da die ursprünglichen Wasch- und Baderäume sich als ungenügend erwiesen, so hat unsere Gesellschaft für 1300 Rbl. ein besonderes Gebäude errichtet, in welchem sich eine geräumige und warme Waschküche, sowie Badestuben für die Kranken und endlich eine Wohnung für den Haus- und Nachtwächter befindet. Die Kranken besorgen ihre Wäsche selbst und sind mit dem neuen Local sehr zufrieden,

Nach langen Verhandlungen ist im Herbst 1896 endlich der Ankauf des Gesindes Muhli, in welchem bekanntlich das älteste unserer Leprosorien miethweise errichtet wurde, perfect geworden; der Kaufschilling beträgt 4000 Rbl.

Um die Ziele und Zwecke unserer Gesellschaft auch unter dem Landvolk bekannt und populär zu machen, hat der Verwaltungsrath ein Flugblatt in estnischer und lettischer Sprache erscheinen lassen, das vom Maler Baron Sass in Riga mit einem künstlerisch wirkungsvollen Titelblatt versehen ist und von den Pastoren in allen Gemeinden für eine Mindestzahlung von wenigen Kopeken vertheilt wird. Die Blätter haben reissenden Absatz gefunden, so dass schon jetzt, wo der Erlös noch bei Weitem nicht aus allen Kirchspielen eingelaufen ist, die Druckkosten reichlich gedenkt sind.

Im Leprosorium Muhli befanden sich zum 1. Januar 1896 19 Kranke, neu aufgenommen wurden im Laufe des Jahres 18. Nach Wenden übergeführt wurden 7, nach Nennal übergeführt 1, ausgeschieden sind 6, gestorben 6. Somit verblieben zum 1. Januar 1897 17 Kranke. Die Beköstigung der Kranken pro Kopf und Tag kostete 14,6 Kopeken.

Im Leprosorium Nennal waren zum 1. Januar 1896 72 Kranke vorhanden; neu eingetreten sind 42, ausgetreten sind 9, nach Wenden übergeführt 22, nach Kuda übergeführt 14, gestorben 12 — so dass zum 1. Januar 1897 57 Kranke verblieben. Die Beköstigung der Kranken pro Kopf und Tag kostete 10,3 Kopeken. Diese niedrige Ziffer erklärt sich dadurch, dass Nennal eigene Gemüsegärten und Kartoffelfelder besitzt und eigene Kühe und Schweine hält. Die Naturalverpflegung stellt sich billiger, weil Kartoffeln, Milch z. Th. auch Fleisch nicht gekauft zu werden brauchen und die Felder grossentheils von den Leprösen selbst bearbeitet werden. Nennal ist im verflossenen Jahr stark mit Kranken überfüllt gewesen, deren Zahl zeitweilig auf 87 gestiegen war. In den letzten Monaten hat es seine lettischen Kranken nach Wenden und seine estländischen Kranken in das estländische ritterschaftliche Leprosorium Kuda übergeführt und dadurch freie Plätze erlangt.

Das Leprosorium Wenden begann seine Thätigkeit am 29. August 1896. Bis zum 31. December desselben Jahres wurden 64 Kranke aufgenommen, von denen 22 aus Nennal und 7 aus Muhli nach Wenden übergeführt und die übrigen 35 von auswärts eingetreten sind. Von ihnen starben 2 und verliessen das Leprosorium 5, so dass zum 1. Januar 1897 57 Kranke verblieben. Das Wendensche Leprosorium ist für den lettischen Theil Livlands bestimmt, deshalb haben auch Muhli und Nennal alle ihre lettischen Kranken nach Wenden geschickt und nur die Esten zurückbehalten. Die Naturalverpflegung pro Krankentag belief sich auf 15,6 Kopeken.

Im Ganzen hatte unsere Gesellschaft somit zu Beginn des Jahres 1897 131 Lepröse in Verpflegung, von denen 123 livländischen und öselschen Landgemeinden, 5 livländischen Stadtgemeinden, 1 dem Gouvernement Estland und 2 dem Gouvernement Kowno gehören.

Bekanntlich ist die Zahl der Leprösen in Livland in permanentem Steigen begriffen und es dürfte die Furcht nicht unbegründet sein, dass sie 500 (ohne Riga) schon überschritten hat. Dem gegenüber sind die Bestrebungen der privaten Wohlthätigkeit unzureichend und auch die einzelnen Bauergemeinden besitzen trotz der Beihülfe nicht die Mittel um eine grössere Anzahl ihrer erkrankten Gemeindegenossen in unseren Leprosorien verpflegen zu lassen.

Wir haben deshalb seit Jahren die Nothwendigkeit betont, den Kampf gegen die Lepra aus einer Privatangelegenheit zu einer allgemeinen Landessache zu machen. Die Leprösen müssen auf Kosten des Staates oder des ganzen Landes unterhalten werden. Die Livländische Ritterschaft, welche bisher die Bemühungen unserer Gesellschaft auf das energischeste und freigebigste unterstützt hat, ist auch vor dieser Forderung im Interesse der Landeswohlfahrt nicht zurückgeschreckt und hat auf ihrem letzten ordentlichen Landtag den Beschluss gefasst, dass für jeden zu einer livländ. Bauergemeinde angeschriebenen Aussätzigen, welcher in einem der livländischen Leprosorien verpflegt wird, aus der Landescasse 8 Rbl. monatlich (96 Rbl. jährlich) zu zahlen sind; auch die livländischen Städte haben sich bereit erklärt, für die zu ihren Steuergemeinden gehörigen Leprösen dieselbe Zahlung zu leisten. Diese Beschlüsse sind vom Livländischen Gouverneuren bestätigt worden und damit hat die Sache der Bekämpfung der Lepra in Livland einen grossen und glücklichen Schritt vorwärts gethan.

Während bisher die Kosten für die Verpflegung der Aussätzigen in unseren Leprosorien zur Hälfte von den betreffenden Bauergemeinden, zur anderen Hälfte von unserer Gesellschaft aufgebracht wurden, sind fortan sowohl die Bauergemeinden als auch unsere Gesellschaft von dieser Last befreit. Wie viel das sagen will, wird durch die Thatsache erwiesen, dass unsere Gesellschaft in den 6 Jahren ihres Bestehens rund 39,000 Rbl. für die materielle Verpflegung der Leprösen aufgewandt hat.

Hierzu kommt, dass unsere Gesellschaft drei Leprosorien zum Theil umgebaut und eingerichtet, zum Theil neu erbaut hat, was gleichfalls grosse Summen verschlang. Wir sind so glücklich gewesen im Ganzen gegen 90,000 Rbl. aufgebracht zu haben, wovon, wie ersichtlich, der allergrösste Theil auch schon zur Bekämpfung der Seuche verbraucht worden ist.

Dank den hochherzigen Beschlüssen der Livländischen Ritterschaft und der Städte wird die ökonomische Lage unserer Gesellschaft fortan eine völlig andere sein. Wir haben mit dem Bau des Wendenschen Leprosoriums nicht gezögert, obgleich wir wussten, dass wir dazu unsere Casse fast völlig leeren müssten. Unsere Hoffnung, dass das Land uns rechtzeitig seine Hilfe leihen werde, hat uns nicht betrogen und mit freudigem Stolz kann unsere Gesellschaft auf das erreichte Resultat blicken: 160 Betten für livländische Aussätzige sind bereitgestellt worden und grossentheils schon von Kranken besetzt; die Verpflegung der Kranken ist für die Zukunft durch das Land gesichert und wir hoffen, bei gehöriger Sparsamkeit die Unterhaltskosten der Kranken in unseren Leprosorien mit 8 Rbl. monatlich bestreiten zu können.

Leider lehrt aber die Erfahrung, dass unsere bisherige Arbeit doch noch nicht genügt; um der Seuche Herr zu werden, muss eine viel grössere Anzahl Lepröser isolirt werden und unsere Gesellschaft hat daher den Beschluss gefasst ihre Kräfte nochmals anzuspannen um ein viertes Leprosorium von 100 Betten zu gründen. Dasselbe soll im Tarwastschen Kirchspiel erbaut werden, wo sich ein Hauptherd der livländischen Lepra befindet.

Wie in früheren Jahren, so hat unsere Gesellschaft auch im letztverflossenen einen jungen Mediciner beauftragt, die Häufigkeit der Lepra in einem Theile Livlands näher zu erforschen und hierfür 100 Rbl. ausgesetzt. Herr Dr. Schiron hat so die Kirchspiele Lemsal, Ubbenorm, Pernigel, St. Katharinen, Allendorf und Salis bereist und in diesem Bezirk 51 Fälle von Lepra aufgefunden, während vor 10 Jahren daselbst nur 23 Fälle bekannt waren; Neuerkrankungen sind in diesem Gebiet fürs letzte Jahrzehnt 45 zu verzeichnen.

Es ist an unsere Gesellschaft mehrfach die Aufforderung gerichtet worden dafür zu sorgen, dass die Kranken, welche einmal in die Leprosorien aufgenommen worden sind, dieselben nicht wieder verlassen. Es ist allerdings richtig, dass der Zweck der Isolirung in einzelnen Fällen dadurch illusorisch werden muss, dass die Kranken nach längerer oder kürzerer Zeit aus den Aussatzhäusern weggehen und in ihre Familien zurückkehren, oder gar ihr früheres Vagabundenleben wieder beginnen. Leider ist aber unsere Gesellschaft nicht in der Lage ihre Pfleglinge zwangsweise zurückzuhalten; eine Garantie gegen das Entspringen der Kranken könnte nur in Anstalten geboten werden, die den Charakter von Gefängnissen tragen würden. Um derartige Zwangsleprosorien zu verwalten, besitzt unsere Gesellschaft weder die staatliche Autorisation noch auch eine innere Neigung. Unsere Gesellschaft ist bestrebt ihre Leprosorien so einzurichten und den Betrieb derselben so zu organisiren, dass ihnen die Sympathie des Volkes nicht verloren geht was nur erreicht werden kann, wenn Zwang und Gewalt vermieden werden.

Statt den einzelnen Leprösen in gewaltsamer Haft zu halten, müssen wir vielmehr das Volk durch seine Prediger und Lehrer, durch die Aerzte und die Presse darüber aufzuklären suchen, dass es im eigensten Interesse des Volkes liegt, sich seiner aussätzigen Gemeindeglieder zu entledigen. Wir müssen das Volk dazu veranlassen von sich aus auf die Leprösen eine derartige Pression auszuüben, dass diese letzteren nicht widerstehen können, sondern nolentes, volentes in die Aufsatzhäuser gehen. Wenn der Lepröse weiss, dass ihm zu Hause Aufnahme und Obdach verweigert wird, dann wird er sich von selbst der Nothwendigkeit fügen und sich in den permanenten Aufenthalt im Aussatzhause finden.

Dr. Truhart. Seit dem Bestehen der Gesellschaft Livl. Aerzte hat der Verein zur Bekämpfung der Lepra stets auf dem Livl. Aerztetage ein Referat und eine Uebersicht über seine Thätigkeit veröffentlicht. Wir können den Repräsentanten des Livl. Vereines zur Bekämpfung der Lepra für dieses Entgegenkommen nur dankbar sein und ich erlaube mir im Namen der Versammlung Herrn Prof. Dehio unseren Dank öffentlich auszusprechen. (Die Versammlung giebt durch lautes Scharren ihre Zustimmung kund). Es war bis jetzt eigentlich nicht üblich, dass sich an das Referat eine Discussion anschloss, da aber Herr Prof. Dehio heute eine Controverse aufwarf, die wohl geeignet ist das Interesse zu erregen, so ersuche ich die Herrn Collegen sich zu dieser Frage zu äussern: ich habe die Frage der Zwangsinternirung hierbei im Auge. (Schluss folgt).

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 19. März 1897.

1. Dr. P. Klemm macht unter Demonstration von Photogrammen Mittheilung über 2 Fälle von angeborenem Riesenwuchs, welcher in einem Falle den Zeigefinger, im anderen die II. Zehe betraf und weist auf die Unterschiede dieser Affection gegenüber der Acromegalie hin.

2. Dr. Ed. Th. Schwartz demonstrirt unter ausführlicher Begründung der Diagnose einen Kranken mit dem Brown-Sequard'schen Symptomencomplex. Trauma vor 10 Jahren — Dolchstich in den Rücken — etwas links von der Wirbelsäule, starke Blutung, am 2. Tage am Verband Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit; compl. Lähmung des rechten Beines, keine Sensibilitätsstörung. Nach ca. 4 Wochen Heilung. Lähmung geschwunden. Bald darauf leichte Parästhesien im r. Bein und der rechten Seite bis Nabelhöhe, allmählich zunehmende Schwäche des rechten Beines, in leichterer Ermüdung sich äussernd, Abnahme der Potenz, habituelle Obstipation, keine Blasenbeschwerden. Musculatur des rechten Beines schwächer als des linken, Patellarreflex gesteigert, rechts Fussklonus. Cremaster- und Abdominalreflex fehlen rechts, links erhalten. Sensibilität rechts vermindert, bis etwas über Nabelhöhe, am Unterschenkel und hinterer Seite des Oberschenkels hyperästhetische Zonen constatirbar. Galvan. und farad. Erregbarkeit rechts herabgesetzt. Schmerzleitung rechts verlangsamt.

Dass sensible und motor. Störung auf derselben Seite sich befanden, erklärt Vortr. aus dem tiefen Sitz der Läsion (der Lendenanschwellung entsprechend). Der Stich müsse schräg von links nach recht gehend eine Eröffnung der Dura bewirkt haben und sind als Sitz der gegenwärtigen — vielleicht secundären — Läsion, hintere Wurzel und Lendenanschwellung anzunehmen.

Dr. P. Klemm macht darauf aufmerksam, dass bei Traumen des Rückenmarks die Reflexe sich oft eigenthümlich erhalten. Bei Querschnittsläsionen, welche die Leitung der Seitenstrangbahnen aufheben, sollte man nach Analogie der Strangdegeneration gesteigerte Sehnenreflexe erwarten, er habe jedoch mehrfach Gelegenheit gehabt, zu beobachten, dass sie in solchen Fällen fehlten und auch nach event. Restitution der Motilität sich nicht wiederherstellten.

Dr. Ed. Schwartz bestätigt, dass besonders in den ersten Wochen bei traumatischen Läsionen der Seitenstränge Sehnenreflexe oft vermisst werden.

Dr. Ed. Th. Schwartz weist auf die Möglichkeit hin, dass durch die Läsion in solchen Fällen der Reflexbogen selbst unterbrochen sein könne. Unter Umständen könne auch bei Sitz der Läsion oberhalb des Reflexcentrums der ganze Reflexbogen ausser Thätigkeit gesetzt sein.

3. Dr. Knorre demonstrirt ein von ihm operativ entferntes cavernöses Uterusmyom, dessen Ausgangspunkt der Cervix war, unter Besprechung der Operationsmethode. Totale Entfernung des Uterus, Vernähung des Poritoneums über dem durchtrennten Scheidengewölbe und Herausleiten der Unterbindungsfäden zur Vagina.

4. Dr. Thilo stellt einen Pat. mit Patellarfractur vor, den er nach Anregung Dr. P. Klemm's sehr frühzeitig mit Massage und mit combinirter Anwendung seines Filzdruckverbandes und der Bewegungen mittels der von ihm construirten Apparate behandelt hat. Nach 14 Tagen war Pat. im Stande zu gehen. Vortr. glaubt, dass die zurückbleibenden Störungen der Bewegung durch die ausserordentlich leicht eintretenden Verwachsungen des Extensor cruris quadriceps mit dem Femur bedingt seien, denen man durchaus früh entgegenarbeiten müsse, wozu die von ihm angegebenen Apparate sehr geeignet seien.

Dr. P. Klemm hält die Annahme von Verwachsungen des Quadriceps für möglich und tritt lebhaft für möglichst frühzeitige Anwendung von Massage und Bewegungen ein, ist aber der Ansicht, dass die Bewegungen, besonders in der ersten Zeit, manuell auszuführen seien. Er glaube, und glaube das auch bei der Thilo'schen Demonstration bemerkt zu haben, dass der Pat. es leicht möglich mache, das erkrankte Gelenk, das doch eigentlich bewegt werden solle, von der Bewegung auszuschalten oder zu sehr zu schonen, so dass der eigentliche Zweck der Bewegung verfehlt werde. Sei aber erst eine beträchtliche Versteifung des Gelenks eingetreten, so würden auch lange fortgesetzte Bewegungsübungen nur wenig mehr erreichen. Die Hand gehe praktischer, bewusster vor und sei seiner Ansicht nach unentbehrlich, um zunächst einen Spielraum für die Bewegungsübungen zu schaffen.

Dr. Thilo weist darauf hin, dass der Apparat im Sitzungssaale nur in einer Weise angebracht werden konnte, die seiner Leistungsfähigkeit nicht vollen Spielraum gestatte.

5. Dr. R. v. Engelhardt verliest den angekündigten Vortrag: Ueber Arteriosclerose in ihren Beziehungen zur Intestinalneurose. (Erscheint im Druck).

Dr. Hampeln bemerkt: er theile im Allgemeinen die Anschauung, dass die Arteriosclerose, namentlich im höheren Alter, mit Erscheinungen verknüpft sei, die verschiedenen Neurosen ähnlich seien, er sei aber nicht der Ansicht, dass die verschiedenen Schmerzempfindungen stets und allein auf die Arteriosclerose zurückzuführen seien.

Die Beziehungen derselben zu den Sensibilitätsstörungen seien im Ganzen sehr fraglich angesichts der Thatsache, dass im Allgemeinen die Pat. von ihrer Arteriosclerose nichts fühlten. Ausgenommen sei in dieser Beziehung nur die Arteriosclerose der Herz- und Hirngefässe. Die erstere sei wohl regelmässig mit Schmerzattaquen verbunden, wo solche in ausgesprochener Weise nicht vorhanden seien, können wohl auch lediglich unangenehme Empfindungen nicht genau zu beschreibender und zu deutender Art sich zeigen. Die krankhaften Empfindungen in der Regio epigastrica könnten in Fällen, wo an Arteriosclerose zu denken bezw. solche nachweisbar sei, gewissermassen als irradiirte Angina pectoris aufgefasst werden, wie solche ja auch sonst als Irradiationen in Arm, Kopf, Rachen etc. beobachtet würden. Von diesen Fällen abgesehen blieben seiner Erfahrung nach nur wenige Fälle übrig, wo die Schmerzempfindungen in deutlichem Zusammenhang mit der Arteriosclerose ständen. Er selbst erinnere sich nur einiger Fälle, einer davon sei vom Vortr. referirt worden.

Dr. Ed. Schwarz möchte dem Bericht des Vortr. über den seiner Praxis enstammenden Fall noch einige Worte hinzufügen. Auch er habe die Erscheinungen desselben auf Arteriosclerose zurückgeführt, nachdem er die Erkrankungen, an welche bei Affectionen der grauen Vordersäulen des Rückenmarks bei älteren Leuten zuerst gedacht werden müsse, nämlich die amyotrophische Lateralsclerose und die progressive Muskelatrophie, auf Grund der mangelnden Progredienz der Erscheinungen habe ausschliessen können und habe Jolly in Berlin, der ebenfalls consultirt wurde, dieser Erklärung bedingungsweise zugestimmt.

Dr. v. Engelhardt bemerkt Dr. Hampeln gegenüber, er wolle keineswegs jede Schmerzempfindung in solchen Fällen aus der Arteriosclerose heraus erklären, einer derartigen Deutung der Schmerzempfindungen in der Regio epigastrica stehe er selbst sehr sceptisch gegenüber. Ihm komme es hauptsächlich darauf an, die Parallele der von ihm angeführten Fälle mit ähnlichen Symptomencomplexen, wie sie in der Jugend bei nachweislich vorhandenen vasomotorischen Störungen beobachtet wurden, durchzuführen. Die Schmerzen in Verbindung mit den objectiven Erscheinungen (Durchfällen etc.) entsprechen seiner Ansicht nach diesen Erscheinungen und unter der Voraussetzung, dass diese Parallele durchführbar sei, sei so hier auch der Schluss berechtigt, dass diese Krankheitsbilder im späteren Lebensalter ebenfalls von einer Circulationsstörung — und zwar von der durch die Arteriosclerose gesetzten — abhängig seien.

Dr. H. Schwartz
d. Z. Secretair.

Sitzung am 2. April 1897.

1. Dr. P. Klemm hält den angekündigten Vortrag: «Ueber mechanische Behandlung kranker und verletzter Gelenke». (Erscheint im Druck.)

Zum Schluss fügt Vortr. noch hinzu, er habe die Gelenkneurosen nicht berücksichtigt, da sie in den Rahmen dieser Arbeit nicht recht sich einfügen liessen, insofern als sich für ihre Behandlung keine wesentliche Directive geben liesse, sondern dieselbe mehr als bei andern Gelenkleiden eine individualisirende sein müsse und vor das Forum des Chirurgen ja nur in so weit die Differentialdiagnose gegenüber organischen Läsionen in Betracht komme, gehören. Wesentlicher sei die Allgemeinbehandlung durch den Neurologen. Vortr. würde sich dennoch freuen, wenn in der Debatte auch dieses interessante Gebiet Berücksichtigung fände.

Dr. Böhlendorff erklärt sich im Allgemeinen mit den Ausführungen des Vortr. einverstanden. Nicht ganz einleuch-

tend sei ihm, weshalb Vortr. im Beginne der mechanischen Behandlung Widerstandsbewegungen anempfehle, während nach seiner Erfahrung, wie auch nach Bardenheuer's und anderer Autoren Ansicht dieselben ausserordentlich schmerzhaft seien und einfach passive Bewegungen in Verbindung mit Distraction der Gelenkenden (bes. beim Kniegelenk) einfacher und bequemer seien. Vom Gesichtspunkt der Verhütung der Atrophie macht er darauf aufmerksam, dass die Behandlung wesentlich auf den Zustand der Extensoren Rücksicht nehmen müsse, da diese erfahrungsgemäss leichter der Atrophie verfallen, auch ohne die vom Vortr. herangezogenen Blutungen etc. aufzuweisen, was Hoffa, Krukenberg u. a. aus ihrer schlechteren Gefässversorgung sich erklären. Zum Schluss weist er darauf hin, dass auch Tuberculose nicht immer eine Contraindication gegen Massagebehandlung abgebe.

Dr. v. Holst: Die Gelenkneurosen betreffend möchte er hervorheben, dass dabei, gleichviel auf welcher Basis die Neurose beruhe, stets die Gefahr vorliege, dass die Kranken das Gelenk zu ängstlich schonen. Ein äusserst wichtiger Punkt in der Behandlung sei gerade, dies zu berücksichtigen und mit aller Energie darauf zu dringen, dass der Kranke das Gelenk auch brauche; das neurotisch erkrankte Gelenk dürfe nicht geschont werden.

Dr. Thilo: Vortr. gehe in der mechan. Behandlung von Gelenkbrüchen weiter, als er zu gehen gewagt habe, während er seinerseits in der mechan. Behandlung entzündlich erkrankter Gelenke die vom Vortr. gesteckten Grenzen überschreite: Er hoffe, dass sie beide gemeinsam ihre Grenzen noch weiter würden verschieben können. Er selbst habe etwa 10 frische Gelenkfracturen behandelt und zwar 3 Radiusfracturen, 5 Knöchelbrüche, 1 Patellarfractur. Er glaubt vielleicht anfänglich zu vorsichtig in der Behandlung gewesen zu sein, später bei besserer Beherrschung der Methode sei er energischer vorgegangen und habe keine Ursache gehabt, das zu bedauern. Eine wesentliche Unterstützung der mechan. Behandlung nach seiner Methode erblickt er in seinen Filzdruckverbänden, die das Gelenk in den Ruhepausen unter hohen Druck stellen, der s. E. Entzündungsvorgänge im Gelenk selbst günstig beeinflusse, wozu er als Analogon auf die Wirkung von Ligaturen bei Schlangenbissen hinweist. Von Wichtigkeit sei es, die Bewegungen nur so weit auszuführen, als dies ohne Schmerzen geschehen könne, so dass Gefässzerreissungen und neue Blutaustritte sicher vermieden würden. Im Einverständniss mit Vortr. verlange er für die Bettruhe ausgedehntere Anwendung als bisher bei chronischen Gelenkerkrankungen, ohne jedoch während derselben die activen und passiven Bewegungen, die die Ernährung günstig beeinflussten, zu unterlassen.

Dr. Voss begrüsst die Methode der mechan. Behandlung von Gelenkverletzungen als einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie, der auch namentlich in Bezug auf die Unfallsversicherung, die ja allmählich in Russland mehr Boden gewinnt, sehr wichtig sei. Unter dieser Therapie werde die Heilungsdauer vieler Knochen- und Gelenkverletzungen bedeutend abgekürzt. Bei der früheren Behandlung mit Immobilisirung in fixen Verbänden habe die Heilungsdauer einer Fractur 3—6—8 Wochen betragen, jedoch war damit der Verletzte noch lange nicht wieder arbeitsfähig, vielmehr musste jetzt erst daran gegangen werden, die in Folge der langen Immobilisirung versteiften Gelenke wieder beweglich zu machen, was oft viel mehr Zeit und Geduld von Seiten des Kranken und des Arztes erforderte als die Heilung der Verletzung selbst. Auch bei einfachen Distorsionen sei die Heilungsdauer unter Massagebehandlung eine weit kürzere.

Dr. P. Klemm bemerkt gegenüber Dr. Böhlendorff: Widerstandsbewegungen seien im Ganzen leichter zu erreichen, indem sie dem Pat. ein festes Ziel für seine Bewegungsimpulse gäben, ihm dadurch gewissermassen die Bewegung psychisch plausibel machten und ihn leichter die instinctive Scheu vor der Bewegung des kranken Gelenkes überwinden liessen. Bezüglich der Atrophie sei auch er der Ansicht, dass die Extensoren gefährdeter seien, da sie einmal schlechter ernährt seien, gerade deswegen aber auch unter Blutergüssen bezw. Quetschungen etc. mehr litten als die Flexoren. Ueber activ mechan. Behandlung tuberculöser Gelenke besitze er keine persönlichen Erfahrungen, da dieselbe an der Klinik weil. Prof. v. Wahl's nicht geübt wurde, jedoch müsse er die Möglichkeit zugeben, dass sie in gewissen Stadien günstig wirken können. Jedoch sei er im Allgemeinen bei der Tuberculose gegen eine zu active Therapie: ein tuberculöses Gelenk gehört ins Bett.

Gegenüber einem wiederholten Hinweise Dr. Böhlendorffs auf die Bedeutung der Distraction betont er, eine solche sei von höchster Wichtigkeit im Beginn der Behandlung, um die Fractur ein für allemal richtig zu stellen und in dieser Stellung zu fixiren. Sei sie gelungen, so gingen die Bewegungen immer ganz leicht von statten. Was aber am Anfange in dieser Behandlung versäumt sei, lasse sich später, auch bei wiederholter Distraction, nur schwer wieder gut machen.

Zum Schluss wolle er noch auf die diagnostische Bedeutung der Bewegung bei Olecranonrefracturen im kindlichen Alter aufmerksam machen:

Hier sei Crepitation oft nicht zu fühlen, wenn es sich nur um Absprengung von Knochenfragmenten des Epicondylus handle. Da empfehle es sich, in Streckstellung des Gelenks die seitliche Verschiebung zu versuchen: seien solche möglich, so sei sicher eine Fractur vorhanden.

Dr. Thilo führt einen Fall an, über den in der Zeitschrift für Unfallsheilkunde (December 1896) berichtet ist. Derselbe war lange Zeit hindurch mit immobilisirenden Verbänden behandelt worden, schliesslich wurde wegen Verdacht der Tuberculose das Gelenk eröffnet. Dabei fanden sich absolut keine entzündlichen Veränderungen, wohl aber eine Atrophie des Knorpelüberzuges an den Berührungsstellen der Gelenkkörper, nach Ansicht des Ref. eine Druckatrophie in Folge der langen vorausgegangenen Fixirung. Unter Massage und Bewegungsbehandlung sei dann fast völlige Gebrauchsfähigkeit des Gelenks eingetreten. Nach 5 Jahre trat aus anderer Ursache der Tod ein und bei der Section fanden sich die früher atrophischen Stellen mit Knorpel überzogen, die Knorpelflächen — der noch restirenden Bewegungsbeschränkung entsprechend von der Peripherie her eingeengt.

Dr. Th. hält den Fall für eine Gelenkneurose mit secundärer Atrophie des Knorpels in Folge der Immobilisation und ist der Ansicht, dass derselbe zur Vorsicht in der Immobilisirung der Gelenke mahnt.

Dr. Deubner wirft die Frage auf, ob die Diagnose einer Gelenkneurose schon im Beginne der Erkrankung mit Sicherheit zu stellen sei oder erst im weiteren Verlaufe sich ergebe?

Dr. v. Holst: Die Diagnose sei zu stellen 1) per Exclusionem, bei mangelndem Nachweis einer organischen Läsion. 2) unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes oder eines etwa vorhandenen nervösen Grundleidens. 3) aus dem Erfolge der negligirenden Behandlung.

Dr. P. Klemm: Die Diagnose sei natürlich meist nicht prima vista zu stellen, jedoch meist in verhältnissmässig kurzer Zeit zu erreichen. In differentialdiagnostischer Beziehung sei natürlich immer in erster Linie an Tuberkulose zu denken; bei dieser trete meist schon früh Atrophie der functionell zum erkrankten Gelenk gehörigen Muskelgruppen ein, die bei der Gelenkneurose meist ausbleibe.

Den von Dr. Thilo citirten Fall möchte er nicht ohne Weiteres als Neurose gelten lassen und weist auf diesbezügliche Thierversuche von C. Reyher hin, der nachwies, dass es einer sehr langen Immobilisirung gesunder Gelenke bedürfe um atrophische Erscheinungen in denselben hervorzurufen.

Dr. Kröger II: Bei Gelenkneurosen seien passive Bewegungen bezw. Druck auf das Gelenk meist nicht schmerzhaft, ebensowenig activ alle im Gelenk überhaupt möglichen Bewegungen, sondern nur bestimmte Bewegungen resp. einzelne Phasen solcher. Oft lasse die activ schmerzhafte Bewegung sich passiv schmerzfrei ausführen; der Schmerz werde eben mehr durch die psychische Vorstellung der Bewegung als durch diese selbst hervorgerufen.

Dr. v. Holst bestätigt dies und fügt hinzu, dass sich sehr häufig bei Gelenkneurosen circumscripte anaesthetische Stellen am Gelenk oder in der Umgebung desselben nachweisen lassen.

Dr. Miram erinnert sich eines Falles aus der Volkmannschen Klinik, der mit der Diagnose «Gelenkneurose» zuging. Volkmann, der der Gelenkneurose gegenüber eine sehr skeptische Stellung einahm, habe das Gelenk eröffnet und ein «katarrhalisches Exsudat» constatirt; er habe daraus Veranlassung genommen, seine Zuhörer in der Klinik zur Vorsicht bei der Annahme einer Gelenkneurose zu mahnen.

Was die Frage der Unfallverletzten bezw. die kürzere Heilungsdauer der Gelenkverletzungen bei activer Therapie betrifft, macht er darauf aufmerksam, dass hier oft mit einem gewissen Widerstande der Pat. zu rechnen sei. Die Verletzung heile zwar in der Regel thatsächlich schneller, jedoch habe der Pat. mit diesem Resultat noch nicht seine volle Leistungsfähigkeit wiedergewonnen, da in der Regel noch Schmerzen und verschiedenartige Beschwerden fortbeständen. Zur Beseitigung derselben gehöre neben grosser Geduld von Seiten des Arztes auch grosse Beharrlichkeit und der energische Wille, gesund zu werden, von Seiten des Pat. Unfallverletzte, die ein Interesse daran haben können, bis zu einem gewissen Grade invalid zu bleiben, können in dieser Beziehung oft alle Bemühungen zu Schanden machen, indem sie z. B. oft eine gewisse, einmal erreichte Bewegungsfähigkeit des verletzten Gelenks durch beharrlichen Nichtgebrauch verloren gehen liessen.

Dr. P. Klemm: Als sicher sei anzunehmen, das bei Behandlung mit Massage und Bewegungen die Heilungsdauer bei Gelenkverletzungen abgekürzt werde und dass die Kranken schneller leistungsfähig würden. Eine andere Frage sei es, wie weit sie diese Leistungsfähigkeit ausnutzten bezw. durch Schmerzen daran verhindert würden, da Schmerzen bei gewissen Bewegungen, bei Witterungswechsel etc. im krank gewesenen Gelenk oft noch lange fortbestehen könnten, ohne

dass sich eine bestimmte Ursache dafür ausfindig machen liesse. Jedenfalls bliebe die einmal erreichte Bewegungsfähigkeit bestehen.

Dr. Thilo stimmt der letzteren Behauptung zu; Dr. Miram führt demgegenüber einen Fall seiner Beobachtung an, der zwar keine directe Gelenkverletzung darstelle, jedoch als Beleg für seine Behauptung wohl anzuerkennen sei. Es handelte sich um eine Sehnenscheidenverletzung nach Phlegmone, wo der Verletzte im Interesse seiner Unfallsrente eine bereits erreichte Beweglichkeit der Hand durch beharrliches Vermeiden jeder Bewegung habe verloren gehen lassen.

Dr. Hach betont unter Bezugnahme auf einen Fall seiner Beobachtung, dass auch bei Gelenkneurosen gelegentlich Atrophien eintreten könnten, dass also dieses Moment bei der Differentialdiagnose gegenüber der Tuberkulose nicht so schwer ins Gewicht falle.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Am 26. October erfolgte hierselbst die Einweihung des zum Andenken an den grossen Chirurgen Pirogow errichteten anatomisch-chirurgischen Museums auf der Wyborger Seite in Gegenwart der Prinzessin Jewgenija Maximilianowna und des Prinzen Alexander Petrowitsch von Oldenburg, sowie des Kriegsministers, der Spitzen der hiesigen medicinischen Welt und eines Sohnes des verstorbenen Pirogow. Zu der Feier hatten zahlreiche medicinische Gesellschaften, Universitäten u. s. w. Deputationen oder Glückwunschtelegramme gesandt. Der Bau des Museums hat 85000 Rbl. gekostet. Der grosse mit dem lebensgrossen Portrait Pirogow's geschmückte Saal ist für die Sitzungen der hiesigen medicinischen Vereine bestimmt, im zweiten Saale ist das Museum untergebracht und in einem dritten kleineren Saale können ebenfalls Sitzungen abgehalten werden.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow beging in der vorigen Woche sein 50-jähriges Docenten-Jubiläum, bei welcher Gelegenheit demselben wieder mannigfache Ehrungen zu Theil wurden. — Kurz vorher wurde Prof. Virchow von der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft in Frankfurt a. Main zum correspondirenden Ehrenmitgliede ernannt. Es waren nämlich am 28. October d. J. gerade 50 Jahre verflossen, seitdem die Senckenbergische Gesellschaft als erste gelehrte Gesellschaft Deutschlands den jungen Virchow zum Mitgliede wählte.

— Den hiesigen Aerzten Dr. Remmert, Ober-Militär-Medicinalinspector und Ehrenleibmedicus, Dr. Enkhof, Militär-Medicinalinspector des St. Petersburger Militärbezirks und Dr. Fowelin, Corpsarzt des Gardecorps, ist das Commandeurkreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion verliehen worden.

— Der Docent für innere Medicin an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. Heinr. Schapiro und der Consultant für Hydrotherapie, Gymnastik und Massage an demselben Institut Dr. Woldemar Stange sind zu Honorarprofessoren des genannten Instituts ernannt worden.

— Zum Professor der gerichtlichen Medicin an der Warschauer Universität ist der frühere Privatdocent der militär-medicinischen Academie und gegenwärtiger Prosector am Ujasdowschen Hospital in Warschau, Dr. Alex. Grigorjew ernannt worden.

— Zum Oberarzt des Odessaer Stadthospitals ist von den 7 Bewerbern Dr. Sabanejew, bisher Ordinator an diesem Hospital, gewählt worden.

Das gerichtliche Verfahren, welches bekanntlich gegen die Aerzte des Odessaer Stadt-Hospitals Ssjenkewitsch-Korssak, Akin, Weinstein und Bernstein wegen angeblich ungesetzlicher Incarcerirung von Patienten eingeleitet wurde, ist nach dem «Odess. Listok» von der competenten Instanz eingestellt worden.

— Verstorben: 1) Am 19. October in St. Petersburg Dr. Woldemar Vogelsang im nahezu vollendeten 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher aus Dorpat stammte und an der dortigen Universität seine medicinische Ausbildung erlangt hatte, war Fabrikarzt in Kijaniza (Gouv. Charkow). 2) Im Wilnaschen Kreise der frühere Arzt einer Sappeurbrigade Dr. Demetrius Alabuschew im Alter von 65 Jahren. Nach 30-jährigem Dienst als Militärarzt nahm er i. J. 1885 seinen Abschied und wurde Hausarzt beim Grafen Czapski. 3) In Sewastopol der ältere Arzt eines Reserve-Bataillons Paul Köster im 58. Lebensjahre.

— In der vorigen Woche hielt die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte eine dem Andenken des jüngst verstorbenen Breslauer Physiologen Prof. Heidenhain gewidmete Sitzung ab, in welcher der Professor der mil.-med. Academie Dr. J. P. Pawlow seinem verstorbenen Lehrer einen warmen Nachruf hielt.

— Am 25. October veranstaltete die hiesige Gesellschaft der Syphilidologen und Dermatologen zu Ehren ihres langjährigen Präsidenten, Prof. Benjamin Tarnowski, eine Festsitzung, welcher Abends ein Souper zu Ehren des Gefeierten folgte.

— Wie der «Wratsch» einer Moskauer Tageszeitung entnimmt, hat der bekannte Moskauer Pädiater, Prof. N. Filatow sein Amt als Director des Chludowschen Kinderhospitals niedergelegt, und zwar in Folge von erheblichen Differenzen mit der Administration des genannten Hospitals.

— Der ausserord. Professor der Hystologie und vergleichenden Anatomie an der Universität Jena, Dr. Richard Semon, hat seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität aufgegeben. Dagegen sind die Docenten dieser Universität Dr. Max Mattheo und Dr. Adolf Witzel zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden, — ersterer für innere Medicin, letzterer für Zahnheilkunde.

— An der Universität Kasan haben von den 115 Personen, welche sich der Prüfung vor der medicinischen Prüfungscommission unterzogen, 111 den Aerztegrad (darunter 54 cum laude) erhalten, während 4 die Prüfung nicht bestanden, unter den letzteren war auch eine Dame, die das Doctordiplom der Pariser Universität besitzt.

— Wie wir dem «Herold» entnehmen, hat die Conferenz der militär-medicinischen Academie nach Uebereinkunft mit dem Medicinal-Departement zum ersten Mal zwei Frauen (A. Leshneswski und S. Acker) zum Provisor-Examen zugelassen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Oct. d. J. 7835 (114 mehr als in d. Vorw.), darunter 609 Typhus — (8 mehr), 835 Syphilis — (6 mehr), 167 Scharlach — (13 wen.), 259 Diphtherie — (14 mehr), 34 Masern — (0 wen.) und 18 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. October 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
300	202	502	90	34	86	23	11	13	47	55	48	36	34	14	8	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 3, Scharlach 22, Diphtherie 46, Croup 4, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 40, Todtgeborene 35

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 11. November 1897.

Tagesordnung: Dr. Th. Dobbert: Ueber Laparotomie wegen entzündlicher Erkrankungen der Uterusadnexe.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. November 1897.

Дозв. ценз. Спб. 1 Ноября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat) Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 8. (20.) November 1897

Beobachtungen über Masern.

(Masern bei Säuglingen, M. bei Erwachsenen, Wiederholung von M., zur Ausbreitung der M. und Aehnliches).

Eine Mittheilung aus der Praxis.

Von

Dr. Wellberg (Moskau)

Die bei uns in Moskau nie ausgehenden Masern hatten im letzten Winter und Frühjahr wieder einmal einen epidemischen Character angenommen Die Epidemie war keine bösartige, aber eine sehr ausgebreitete, über alle Theile der Stadt ausgedehnte. Da habe denn auch ich, der ich nicht vornehmlich Kinderpraxis betreibe, mehr als sonst mit Masern zu thun gehabt — und wenn ich meine Fälle zusammenstelle und die wenigen aus den früheren 9 Jahren hier in Moskau noch hinzunehme und sie nun alle überschaue, so glaube ich an ihnen manches Interessante und nicht ganz Gewöhnliche wahrzunehmen, was mir einer Mittheilung werth erscheint.

Es sind 28 Fälle, die ich zusammenstellen will: die übrigen 7, die mir noch vor die Augen getreten sind, sind theils so flüchtig an mir vorübergegangen, dass ich keinerlei Notizen über sie besitze, — oder sie waren mir so zweifelhaft in der Diagnose Masern, dass ich sie mehr zu den Rötheln (Rubeola) gerechnet habe. Ich schliesse sie daher lieber ganz aus und rechne nur mit den 28 Fällen, die sicher Masern und nichts anderes waren.

28 Fälle machen natürlich noch gar keine Statistik aus, aber es ist doch schon ein sehr merkwürdiges Zusammentreffen, dass sie sich auf Altersstufen von 7 Monaten bis zu 60 Jahren (!) vertheilen.

Im Publikum glaubt man noch allgemein — und wohl nicht ganz unbeeinflusst durch die in den Familien practicirenden Aerzte, — dass Säuglinge überhaupt nicht an Masern erkranken, — von M. bei Erwachsenen haben die Leute doch schon hier und da mal gehört. Die uns vorliegenden grossen Masernstatistiken, z. B. die von Bartels in Kiel für das Jahr 1860 (seit 1853 waren dort die M. nicht mehr epidemisch aufgetreten), lehren, dass Kinder unter 1 Jahr nur in einem sehr geringen Procentsatze erkranken (in 5,4% von 573 Fällen bei Bartels) — und in einem noch weit geringeren Erwachsene (in nur 0,8%).

Ich hatte unter meinen 28 Fällen 4 Säuglinge und 5 Erwachsene, — das wären c. 14,3 und c. 18%. Als Altersgrenze für Erwachsene gilt das vollendete 15. Lebensjahr. Von diesen 4 Säuglingen waren 2 Erstgeborene in den Familien, die beiden anderen spätere Kinder. Ich führe das an, weil ein Autor, Thomas[1]), gerade betont, dass Kinder unter 1 Jahr auch deshalb so selten erkranken, weil sie, sofern sie Erstgeborene sind, weniger Gelegenheit haben, angesteckt zu werden. Alfred Vogel sagt in seinem Lehrbuche der Kinderkrankheiten (7. Aufl.) überhaupt nichts über die Erkrankung der Säuglinge an Masern, — Henoch macht nur die Bemerkung, «dass die Empfänglichkeit fürs Maserncontagium bei Neugeborenen und Säuglingen am geringsten ist», — in den Werken von Niemeyer, Strümpell, Penzoldt-Stintzing und in dem neuen Sammelwerke von Nothnagel (v. Jürgensen, die Masern. Bd. IV., 3) heisst es, dass nur die ersten 5—6 Lebensmonate eine Unempfänglichkeit fürs Maserngift verleihen. Meine 4 Säuglinge waren auch von 7, 7, 8 und 8½ Monaten, — und ein fünfter Säugling, mein eigenes Kind, der weniger durch mich, als vielmehr durch die Nähe (Nachbarwohnung!) eines von den erkrankten Säuglingen gefährdet war, ist vielleicht nur deshalb gesund geblieben, weil er erst 3 Monate alt war. Soviel mir bekannt geworden ist, sind bei unserer letzten Epidemie auch keine Säuglinge unter 6 Monaten ergriffen worden. Aber eine absolute Immunität besitzen sie auch nicht, denn von der mörderischen Epidemie auf Island 1882 heisst es (v. Jürgensen l. c.), dass auch, «die Neugeborenen und die den ersten 6 Lebensmonaten Angehörenden keine Ausnahme machten».

[1]) Angeführt in der Bearbeitung der Masern von Jürgensen in Nothnagels neuem Sammelwerk, Bd. IV. 3.

Meine 5 Erwachsenen standen im Alter von 18, 20, 27, 30 und 60 Jahren. Für 3 von ihnen, die 18, 27 und 30-jährige, die die Masern zum 1. Mal durchmachten, ist das Fehlen einer früheren Gelegenheit zur Infection wohl die plausibelste Erklärung für die späte Erkrankung; die 20-jährige Patientin machte die Masern bestimmt zum 2. Male durch und die 60-jährige höchst wahrscheinlich auch. Als ich bei ihr, der 60-jährigen, die Masern sich entwickeln sah und sie, ohne ihr etwas von meiner Diagnose zu verrathen, fragte, ob sie in früheren Jahren die Kinderkrankheiten durchgemacht hätte, bejahte sie das entschieden und nannte in erster Linie die Masern.

Nichtsdestoweniger musste ich bei meiner allerdings sehr zögernd gestellten Diagnose bleiben, denn bald war das typische Exanthem in schönster Blüthe da, — dazu Rhinitis und Conjunctivitis mit Lichtscheu, Fieber von 39° und starker Hustenreiz. Auch der Verlauf bestätigte die Diagnose Masern: Abfall des Fiebers mit Abblassen des Exanthems, — rasches Nachlassen aller catarrhalischen Erscheinungen, kleienförmige Abschuppung der Haut und baldiger, glatter Uebergang in vollständige Genesung. Ein cyclischer, typischer Verlauf, wie ihn ein Schulfall sonst nur aufweist. Die Infectionsquelle konnte nicht eruirt werden, — directer Verkehr mit Masernkranken soll nicht stattgefunden haben. — Will man diesen Fall nicht als einwandsfreies Beispiel einer Wiederholung von Masern acceptiren, so muss man ihn entweder auch als Beispiel einer auffallend spät sich geboten habenden Gelegenheit zur Infection gelten lassen — oder in ihm den Ausdruck einer «zeitlichen Verschiedenheit in der individuellen Disposition zur Erkrankung» der älteren Autoren sehen. Nun, eine so spät erst erfolgte Gelegenheit zur Infection in einer so grossen Stadt, wie Moskau, mit seinen, man kann sagen, ständig vorkommenden Masernerkrankungen, das ist doch sehr unwahrscheinlich und für unseren Fall wohl nicht zutreffend. Die zeitliche Verschiedenheit in der individuellen Disposition zur Erkrankung hat dagegen schon mehr für sich, — wissen wir doch von den Faröer-Epidemien (Panum und Hoff), dass 3 Leute, die 1846 als Krankenwärter unangesteckt geblieben waren, 1875 erkrankten. Ich meine, dass die alte Patientin ihre Masern jetzt zum 2. Male überstanden hat. — Die 20-jährige Patientin machte jetzt im März mit ihren beiden jüngeren Schwestern die Masern zum 2. Male durch. Zuerst erkrankte die jüngste der 3 Schwestern, ein Schulmädchen von 9 Jahren. Die Mutter weiss genau, dass im Sommer 1891, als die ein Jahr ältere Schwester, die eben ganz gesund ist, die Masern gehabt hat, im Anschluss daran auch dieses soeben erkrankte Kind eine ganz ähnliche Krankheit überstanden hat. Der damals beide Schwestern behandelnde Arzt hatte auch diese Erkrankung für Masern erklärt. Auch damals wären neben dem rothen, fleckigen Ausschlage die Augen geröthet und geschwollen gewesen und hätte auch Husten und Schnupfen bestanden. Rötheln sind es nicht gewesen, jedenfalls dieses Mal nicht, denn kurz vor Weihnachten 1896 habe ich selbst an dem Kinde die Rötheln ablaufen gesehen. Am 10. März c. legt es sich, sich krank fühlend und leicht fiebernd, nieder, am 14. beginnt das Exanthem im Gesicht. Genau 10 Tage später, am 24. März, zeigt sich ein fleckiges Exanthem im Gesicht — und ist auch schon am weichen Gaumen zu constatiren — bei der ein Jahr älteren Schwester, die schon vor 6 Jahren als erste im Hause ärztlich constatirte und bis zu Ende beobachtete Masern durchgemacht hat. Und nun sah ich an ihr typische Masern mittelschwerer Form sich entwickeln und glatt ablaufen. Scharlach hat Patientin auch schon gehabt und zwar vor 5 Jahren, ein Jahr später als die erstmaligen Masern. Am 24. März legt sich auch die älteste der 3 Schwestern, das 20-jährige Fräulein hin, weil es ihr «unbehaglich, frostig im Innern» ist. Das Thermometer zeigt 38,6. 2 Tage darauf, am 26. März beginnt die Eruption an der rechten Wange in der Nähe des Ohres, am 27. März wird das ganze Gesicht fleckig, die Temperatur steigt auf 40 Grad — und nun entwickelt sich abermals das Bild und der Verlauf einer typischen Masernerkrankung. Von dieser 20-jährigen Patientin weiss die Mutter, dass sie, die Tochter, schon mit 3 Jahren, vor 17 Jahren also, die Masern gehabt hat, — allerdings sehr leicht, aber vom damaligen Arzte als Masern agnoscirt und behandelt. Scharlach ist auch schon dagewesen, vor 8 Jahren, 1889. Nicht weniger sicher und zuverlässig lauteten die Angaben einer anderen Mutter, deren 14-jähriger Sohn im Winter 1889 an den Masern erkrankte. Die Mutter wusste von ihm mit Bestimmtheit zu sagen, dass er die M. schon 1878, mit seinem älteren Bruder zusammen, durchgemacht hat. Der ältere Bruder hatte sie damals zum ersten Mal, hat sie aber inzwischen (1885) auch schon ein zweites Mal überstanden. Es ist noch eine jüngere Schwester im Hause, — diese und der eben erkrankte (jüngere) Bruder sind 1885 freigeblieben, weil der ältere Bruder seine zweiten Masern nicht zu Hause bei der Mutter, sondern im Waisenhause, in dem er erzogen wurde, durchmachte. Jetzt während der neuen Erkrankung des jüngeren Bruders lebt er wieder bei der Mutter und — bleibt frei, die Schwester aber, die noch nicht durchmasert ist — 1878, z. Z. der erstmaligen Erkrankung der beiden Brüder, war sie noch nicht auf der Welt — wird angesteckt und macht die Masern gleich nach dem Bruder durch. — Meine letzte Beobachtung sich wiederholender Masern betrifft ein 13-jähriges Mädchen in einer sehr kinderreichen Familie. Bei Nennung meiner Diagnose heisst es im ganzen Hause mit Bestimmtheit und mit Berufung auf den Kinderarzt des Hauses, dass das Mädchen schon im Juni 1887 die Masern gehabt habe. Und dennoch hatte ich es wiederum mit typischen Masern zu thun. Rötheln konnte ich um so sicherer ausschliessen als ich an derselben Patientin im December 1888 Rötheln habe ablaufen sehen. Schon damals imponirte mir die Erkrankung anfangs des Ausschlages wegen als leichte Masern, doch da alle anderen Erscheinungen, die Catarrhe, das Fieber etc., so gut wie ganz ausblieben, und Masern überdies schon im Jahre vorher dagewesen sein sollten, konnte ich die Krankheit nur für Rötheln halten. Dieses Mal sind es aber sicher Masern und zwar ganz typische, mittelschwere gewesen. — Das sind meine 6 Fälle von Masern-Reinfectionen. Es mag mancher gegen sie den Einwand erheben, dass ich ja nicht selbst die erstmalige Erkrankung beobachtet habe, — es somit auch nicht sicher ausgemacht sei, dass das wirklich Masern gewesen sind. Nun, für drei von den Fällen habe ich die mündliche Bestätigung des damals behandelnden Collegen, — für zwei weitere ist doch die stricte Berufung auf die damals gestellte ärztliche Diagnose: Masern eine ganz wesentliche Stütze, — und der letzte Fall, das 60-jährige Fräulein, ist doch auch nicht recht anzuzweifeln. Sollte die Dame, immer hier in Moskau lebend, wirklich erst mit 60 Jahren die Masern bekommen — und in der Jugend damals etwas anderes als Masern gehabt haben?! — Ausserdem lauteten die Angaben der Angehörigen der Patientin über Entstehung und Verlauf der erstmaligen Erkrankung in allen Fällen so charakteristisch für Masern, dass man füglich nichts anderes dahinter vermuthen kann. — Es geben auch alle neueren Autoren die Möglichkeit einer wiederholten Infection mit Maserngift zu, halten sie aber alle für eine grosse Seltenheit. Panum und seine Zeitgenossen sprechen sich gegen eine solche Möglichkeit aus. Panum sagt strict, dass er bei den Faröer Epidemien «keinen Fall einer zweiten Erkrankung sah», die Neuzeit hat aber doch schon mehrere zweifellose Bei-

spiele hierfür geliefert. Häufig müssen sie nicht sein, dafür spricht schon die geringe Anzahl der veröffentlichten Fälle. Der Autor Maizelis[2]) hat aus der gesammten Literatur nur 106 Fälle aufbringen können, darunter 103 mit zweimaliger, 3 mit 3-maliger Erkrankung. Maizelis setzt hinter die Fälle mit 3-maliger Wiederholung ein Fragezeichen. Ich erinnere mich, vor mehreren Jahren die Mittheilung eines Arztes aus Deutschland gelesen zu haben, der an ein und demselben Kinde im Laufe von 10 Jahren 3 mal die Masern beobachtet hat. Autor und Quelle kann ich leider nicht mehr angeben.

In einer Publikation aus der Leipziger medic. Klinik von Dr. Streng («Ein Fall von Masernrecidiv») in Nr. 49 der Deutschen Med. Wochenschrift von 1892 findet sich die Notiz, dass ein ihm befreundeter College, auch Assistent der Klinik Dr. B, 3 mal ganz sicher Masern gehabt hat und zwar jedesmal von autoritativer Seite beobachtet; die letzte Masernerkrankung hat er als Assistenzarzt durchgemacht». Es ist also auch an der Möglichkeit einer 3-maligen Wiederholung von Masern nicht zu zweifeln. — An meinen Wiederholungsfällen ist noch der Umstand eigenthümlich, dass sie nicht einzeln, verstreut vorkamen, sondern gruppenweise, familienweise: 3 Glieder einer Familie betreffend, 2 einer anderen, und nur das alte, 60-jährige Fräulein ganz allein dastehend.

Hinweise auf solch ein gruppenweises Vorkommen von Wiederholungen sind mir in der Literatur nicht begegnet, — ebensowenig Angaben über irgendwelche Gesetzmässigkeit in der Dauer des Intervalls zwischen erster und wiederholter Erkrankung. Gewöhnlich heisst es, dass einmalige Durchmaserung Immunität fürs ganze übrige Leben verleiht, — Wiederinfectionen sind Ausnahmen. Aus den mir bekannten 7 Fällen von Wiederinfection und aus den bei Henoch und v. Jürgensen angeführten 3 Beispielen lässt sich auch gar keine Gesetzmässigkeit ableiten; in 3 Fällen hat die Zwischenzeit 6 Jahre betragen, in 1—7, in 1—4, in 2 anderen nur 1 Jahr, in einem weiteren wiederum 10 Jahre, in wieder einem schon 17 Jahre und in meinem 60-jährigen gar 50 und vielleicht noch mehr Jahre.

Meine Fälle gewährten mir auch einige reine Beobachtungen über den Infectionsgang der Masern. Es kommen dabei 6 Familien mit 13 Kindern und 3 Erwachsenen in Betracht. Mit grosser Regelmässigkeit war der Gang folgender: zuerst erkrankte das die Schule besuchende Kind in der Familie, — nach 3—4 Tagen «Erkältung» hatte es den charakteristischen Ausschlag; 10—12 Tage nach Erkrankung des ersten legte sich das zweite Kind oder die beiden anderen hin, und nach weiteren 3—4 Tagen war auch bei ihnen der Ausschlag da. In einer der Familien erkrankte mit dem 2. Kinde die 30 Jahre alte Mutter und in 2 anderen die älteren, schon erwachsenen Geschwister von 18 und 20 Jahren.

Bei allen diesen betrug die Incubationszeit plus Krankheitstage bis zum Auftreten des Exanthems 13—14 Tage. Das entspricht genau dem schon von Panum[3]) aufgestellten Ansteckungsgesetze für Masern, wonach «die Zeit, welche zwischen der Ansteckung und dem Ausbruche des Ausschlages bei dem Angesteckten liegt, stets 13—14 Tage beträgt». Auch für die Panum'sche Behauptung, dass «Absperrung das sicherste Mittel ist, die Ausbreitung der Masern zu verhindern», finde ich unter meinen Fällen zwei entsprechende Beispiele. Die bereits einmal genannte sehr kinderreiche Familie nimmt eine grosse, sich über 2 Stockwerke ausdehnende Wohnung ein; da ist es zweimal gelungen, durch zeitige Separation noch nicht durchmaserte Kinder gesund zu erhalten. 1893 wurden auf diese Weise die beiden jüngsten Kinder, ein Mädchen und ein Knabe, frei erhalten; der Knabe machte im Februar dieses Jahres erst seine Masern durch, — das Mädchen ist auch dieses Mal wieder mit Erfolg separirt worden. Der Knabe hat sich die Masern aus der Schule geholt — 1893 besuchte er noch keine Schule, — das Mädchen, auch ein Schulkind und jetzt schon 14 Jahre alt, ist merkwürdigerweise dort noch nicht inficirt worden. — Dass die Schulen bei der Ausbreitung der Masern eine Hauptrolle spielen, dafür haben wir in der Literatur eine ganze Reihe schlagender Beispiele aus kleineren Städten und Ortschaften mit zeitlich gut getrennten und bequem übersehbaren Epidemien. Dass man aber auch in einer so grossen Stadt, wie Moskau, eine recht reine Beobachtung einer von einer Schule ausgegangenen Epidemie machen kann, ist immerhin eine Seltenheit, die verdient, erwähnt zu werden. In einer hiesigen Knabenschule von c. 100 Schülern, an der ich als Arzt fungire, war trotz der sehr ausgedehnten Moskauer Winter — und Frühjahrs-Epidemie bis zum Beginn der Osterferien (5. April c.) merkwüdigerweise kein einziger Fall von Masern vorgekommen. Da wurde ich am 7. April zu einem Schüler dieser Schule gerufen und fand an ihm den schönsten Masernausschlag. Eine daraufhin in der Schule angestellte Nachforschung ergab, dass in der Woche vor Schluss des Unterrichts ein Schüler M. derselben Klasse heftigen Hustens und Schnupfens wegen hat nach Hause geschickt werden müssen. Bei weiterer Nachfrage stellte es sich denn auch heraus, dass der M. die Masern habe, dass es ihm aber schon wieder besser gehe.

Als nun die Schüler nach Ostern wieder alle zusammen kamen, konnte constatirt werden, dass in den Osterferien, und zwar in der «stillen Woche», 7 Schüler derselben Klasse die Masern durchgemacht haben. Sie alle waren trotz der ausgebreiteten Epidemie in der Stadt bis dahin freigeblieben, — der erste Masernkranke in der Schule hatte sie alle angesteckt. Dank den dazwischengetretenen Osterferien war die Infection nur auf diese 7 Mann und auf diese Klasse beschränkt geblieben. — Dieses Beispiel erinnert mich lebbaft an das noch hübschere von Fürbringer aus dessen Jenaer Zeit[4]). Dort widerstanden zwei Nachbardörfer von Jena, die gesonderte Schulen besassen, volle 2 Monate der Jenaer Masernepidemie von 1879/80, obgleich Aerzte und Angehörige der Erkrankten in Dorf und Stadt untereinander verkehrten, und die Stadt- und Dorfjugend auf der Strasse miteinander spielte. Der erste Masernfall in der Dorfschule gebar die grossartigste Epidemie im Dorfe. — Die Schulen liefern uns auch den Beweis, dass es das catarrhale, prodromale Stadium der Masern schon ist, das ansteckt, — nicht erst das Exanthem, denn mit einem solchen kommt ein Kind wohl kaum noch zur Schule. So war es auch mit dem ersten Masernkranken in unserer Schule, hinter dessen Husten, Schnupfen und thränenden Augen noch niemand von den Lehrern Masern vermuthete. — Meine Masernbeobachtungen haben mir auch wiederholt gezeigt, dass Uebertragungen durch Gesunde oder durch Gebrauchsgegenstände nicht zu fürchten sind. In keiner der Familien, auch mit nichtdurchmaserten Kindern, habe ich etwas Derartiges gesehn, und ich selbst war mir der beste Beweis dafür. Obgleich täglich mit Masernkranken in Berührung gekommen, habe ich mich einer Uebertragung nie verdächtigen müssen und habe das Contagium auch nicht auf meine eigenen, noch nicht durchmaserten Kindern überschleppt. Mag das eine, 3 Monate alte, noch zu jung dazu ge-

[2]) Virch. Arch. Bd. 137, pag. 468, citirt bei Jürgensen a. a. O.

[3]) Virch. Arch. Bd. I. Panum: Beobachtungen über das Maserncontagium.

[4]) Angeführt bei Nothnagel-Jürgensen l. c.

wesen sein, das andere war es bestimmt nicht mehr. denn es zählte schon nahezu 3 Jahre. Panum stellt die Uebertragung durch dritte Personen und durch Gebrauchsgegenstände strict in Abrede, fordert für die Ansteckung immer directe Berührung oder doch grosse Nähe mit einem bereits Erkrankten, — die neueren Hand- und Lehrbücher sprechen aber alle von der Möglichkeit der Uebertragung durch Gesunde etc. Allerdings geben sie auch alle zu, dass die Tenacität des Maserngiftes keine grosse ist, so dass solche Uebertragungen nur selten vorkommen dürften. Ich erinnere nur an die auf diese Frage gerichtete Sammelforschung v. Kerschensteiner's in München (aus dem Jahre 1882), die sich über ganz Bayern erstreckte — und die ein fast verneinendes Resultat ergab; «nur einige Aerzte glaubten annehmen zu müssen, dass sie ihren Kindern die Krankheit ins Haus gebracht hätten».

Diese Frage hat grosses allgemeines Interesse. Bei Masernerkrankungen wissen Eltern, Schulvorstände und häufig auch die Hausärzte nicht, wie sie es mit den gesund gebliebenen Schulkindern halten sollten. Bei uns hier verlangt die Schulverwaltung meist, dass — wie sei Scharlach, Pocken und Diphtherie — auch bei Masern die gesund gebliebenen Geschwister der Kranken desgleichen von der Schule fernbleiben, um nicht die Krankheit zu übertragen. Für die noch nicht durchmaserten und noch nicht miterkrankten Geschwister mag diese Regel ihre Geltung finden, denn mit der Abtrennung kommt man bei Masern ja meist zu spät, — aber für die bereits durchmaserten und nicht wiedererkrankten — kann man von dieser den Unterricht so störenden Massregel füglich absehen. Durch die Gesunden wird nach der Schule hin nichts von Masern übertragen, — die Hausärzte können die vielfach verlangten Zeugnisse für die Schulen ruhig in diesem Sinne ausstellen. Es ist zu wünschen, dass unter den Aerzten darin Uebereinstimmung herrscht, — dann wird sie sich auch schon den Schulvorständen und dem Publikum mittheilen.

Was endlich den Gesammtverlauf und den Ausgang meiner Fälle anbetrifft, so waren sie bis auf einen alle als gutartige zu bezeichnen. Es waren wohl auch einige schwerere darunter, aber zur ernsteren Complication kam es nur bei einem, der ein 9-jähriges Mädchen betraf. Die Säuglinge sowohl, wie auch die Erwachsenen machten ihre Masern glatt durch.

Der 18-jährige Jüngling hatte noch ein chron. Nervenleiden, Folgen einer cerebralen Kinderlähmung, — das was man unter dem Namen Little'sche Krankheit zusammenfasst. Dieser an sich schon kranke junge Mann wurde von seinem jüngeren Bruder ganz regulär mit Masern angesteckt und machte sie auch ganz regulär durch. Ich betone das, weil ich in der Arbeit von v. Jürgenson (bei Nothnagel l. c.) die Bemerkung finde, «einige Aerzte» hätten «die Behauptung aufgestellt, dass chron. Erkrankungen des Nervensystems, namentlich des Gehirns, einen gewissen Schutz gegen die Ansteckung verleihen», und ferner — «dass diese Zustände Unregelmässigkeit des Verlaufes bedingen». Beides trifft für meinen Fall also nicht zu. In dem einen sehr schweren Falle folgte auf die Masern sehr bald der Keuchhusten und dieser complicirte sich wiederum sehr rasch mit einer doppelseitigen Bronchopneumonie, die sehr stürmisch und bedrohlich verlief, schliesslich aber doch in Heilung überging. Patient genas vollständig. Masern und Keuchhusten sind ja ein Paar altbekannte Gefährten; hinter ihren näheren Zusammenhang ist man aber noch ebensowenig gekommen, wie hinter die Natur des Maserncontagiums. Interessant ist es aber doch, dass mir mein kleines Material auch für diese Complication ein drastisches Beispiel geliefert hat.

Moskau, im August 1897.

Zur Theorie und rationellen Behandlung des Asthma.

Von

Dr. med. M. Sihle.

Nervenarzt in Sewastopol.

(Schluss).

II.

In therapeutischer Hinsicht ist es von practischem Interesse stets im Auge zu behalten, dass wir reine Asthmaformen sehr selten zu Gesicht bekommen; in der grossen Mehrzahl der Fälle sind es Mischformen. Entweder ist eine Asthmaform aus der Gruppe I. mit einer Form aus der Gruppe II. oder III. vermengt, oder es sind Symptome von Vertretern aller drei Gruppen vorhanden. Welcher Gruppe aber auch jede einzelne Asthmaattaque angehören mag, immer, und das ist sehr wichtig, ist es möglich nachzuweisen, dass der autosuggestive Zustand der Psyche den jeweiligen Umständen gemäss auf jeden Asthmaanfall entweder steigernd oder hemmend einzuwirken vermag. Die Erkenntniss dieser Thatsache bildet das Hauptmoment in der Asthmatherapie. Neben der Behandlung der localen Störungen muss andauernd eine Beeinflussung der Psyche einhergehen und jeder, der nur mit Ernst und Ausdauer auf diese Weise vorzugehen versteht, wird fraglos viel erfreuliche Resultate zu verzeichnen haben.

Einer localen Behandlung sind die meisten Formen aus der Gruppe I. und II. zugänglich. Gewisse Stellen der Nasen-Rachen-Kehlkopfschleimhaut, welche in chronischem Reizzustande sich befinden (die sogenannten Asthmapuncte Brügelmanns), müssen cauterisirt werden, Schwellungen und chronische Catarrhe dieser Partien sind durch eine entsprechende Behandlung zu beseitigen. Ich berühre diese Methoden nur kurz; wer sich über dieselben genauer informiren will, lese nach in Brügelmanns Monographie «Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung», wo darüber ausführlich berichtet wird. Bei der Behandlung des bronchialen und Intoxications-Asthmas leistet der pneumatische Apparat gute Dienste und ist es durchaus zweckmässig die Patienten 2—3 mal täglich comprimirte Luft einathmen zu lassen; erstens ist diese Procedur eine gute Lungengymnastik und zweitens lernen die Kranken ihre Athmung selbst besser zu reguliren. Brügelmann lässt bei chronischem Bronchialcatarrh mit dem pneumatischen Apparat ausserdem Salmiakgeist einathmen. Ausser der localen Theraphie sind natürlich noch die verschiedenen Anwendungsformen der Hydrotherapie von Wichtigkeit.

Doch alle diese Behandlungsmethoden sind meiner Ansicht nach von untergeordneter Bedeutung. Man hat dieselben auch früher angewandt, wie auch Strammonium, Jodkali, Tinct. Lobeliae etc. etc., und doch waren die Resultate sehr wenig erfreulich. Strammonium und Jodkali bewirken zuweilen momentanes Aufhören der Anfälle, doch gelingt es kaum die Kranken auf die Dauer von ihrem Asthma zu befreien. Erst mit der Anwendung der Psychotherapie gelangen wir zu unvergleichlich besseren Resultaten. Brügelmann spricht hauptsächlich bei der Behandlung des neurasthenischen Asthmas von dem «hochschätzenswerthen Hülfsmittel» der Psychotherapie, ich jedoch muss auf Grund bisheriger Beobachtungen die Meinung vertreten, dass unbedingt jeder Asthmakranke zunächst und hauptsächlich psychisch beeinflusst werden müsse und dass alle anderen therapeutischen Massnahmen erst in zweiter Linie in Betracht kämen. Zu dieser meiner Anschauung bin ich durch die Thatsache gelangt, dass ich früher, wo ich aufmerksam nach jedem verdächtigen Asthmapunkt fahndete und eine dementsprechende Behandlung einleitete, durchaus keine besseren Resultate erzielte, als jetzt, wo mir die sogenannten Asthmapunkte weniger Respect einflössen und ich mein Hauptaugenmerk auf die richtige Leitung der

Psyche richte. Es ist für mich nicht mehr zweifelhaft, dass von der allgemeinen Beruhigung der Psyche auch die Innervation der Schleimhäute profitirt, wodurch natürlich die Schleimhautveränderungen selbst wohlthätig beeinflusst werden, so dass ich in letzter Zeit viel seltener Veranlassung finde eine eingehende Localbehandlung durchzuführen, dagegen wohl systematische hydropathische Proceduren für angebracht halte.

Was nun die Psychotherapie anlangt, so ist darunter dreierlei zu verstehen: systematische Erziehung des Kranken, Wachsuggestion und vor allen Dingen die hypnotische Suggestion. Durch alle diese psychotherapeutischen Massnahmen soll dem Kranken die Ueberzeugung beigebracht werden, dass seine Asthmaattaquen nur durch Angewöhnung an eine unnormale Reaktion auf gewisse Reize zu Stande kämen und dass der Kranke durch Uebung und durch seinen festen mit Ueberzeugung gehandhabten Willen mit der Zeit in den Stand gesetzt werden kann das Asthma immer mehr zu überwinden, indem sein Grosshirn durch die systematische Uebung in der Hemmung der anormalen Reactionen von Seiten des Centrums für die Bronchialmuskulatur immer grössere Fertigkeit erlangt. Denn das Asthma, welches dem Arzte zu Gesicht kommt, ist in den seltensten Fällen ein acutes, und wenn es einmal doch der Fall wäre, so soll die Behandlung selbstverständlich in der möglichst schnellen Auffindung und Beseitigung des Causalmoments bestehen, damit der Patient sich nicht an die anormale Reaction, welche sich uns als Asthmaattaque darbietet, gewöhne. Denn, wenn die Reizung des Centrums für die Bronchialmuskulatur längere Zeit andauert, so steigert sich selbstverständlich auch die Reizbarkeit und Perceptionsfähigkeit des betreffenden Centrums und nach einem gewissen Zeitraum kann der ursprüngliche reizauslösende Factor geschwunden sein, der Brustkrampf jedoch, dank der leichteren Erregbarkeit seiner Centralstelle, schwindet nicht, sondern dauert fort, weil jetzt schon minimale Reizungen genügen, um eine anormale centrale Reaction hervorzurufen.

Der hochbedeutsame therapeutische Werth einer systematischen psychischen Leitung und Beeinflussung der Asthmakranken ist nur daher bis jetzt so wenig bekannt, weil die Wenigsten sich die Mühe haben nehmen können die Resultate der psychopathologischen und therapeutischen Forschung wirklich kennen zu lernen.

Es ist nicht zu viel gesagt, wenn man auf Grund des jetzigen Standes der Asthmatherapie behauptet, dass eine grosse Zahl der Asthmakranken durch die oben erwähnten Behandlungsmethoden entweder von ihrem Leiden ganz befreit oder in einen Zustand gebracht werden könne, in welchem die Kranken es verstehen mit ihren Attaquen in einer leichten und wenig qualvollen Weise fertig zu werden und auf diese Weise wiederum in die Lage kommen ein menschenwürdiges Dasein zu führen und ihren Pflichten nachzugehen. Die segensreiche Wohlthat dieser Behandlung kann nur Einer empfinden, der gesehen hat, wie unendlich gross die Dankbarkeit ist, welche von Seiten der Kranken dem behandelnden Arzt entgegengebracht wir.

Die Details der psychischen Behandlung lassen sich auf dem Papier sehr schwer wiedergeben. Wer genügend psychologische Studien getrieben und die Bedeutung der Suggestion, sei es im Wachen oder in der Hypnose, wirklich erkannt hat, und vor allen Dingen, wer in diesen Fragen sich practische Erfahrungen gesammelt hat, wird es bald auch heraus haben, worauf es beim Umgang mit Asthmakranken ankommt. Hervorgehoben werden muss jedoch, dass die psychische Behandlungsmethode, was Geduld und Ausdauer anbelangt, an den Arzt die höchsten Anforderungen stellt und eigentlich sollte ein in der Psychologie und in den Fragen der Suggestion Unbewanderter sich niemals an die Behandlung von Asthmakranken wagen, geschweige denn prognostisch günstige Versprechungen machen, denn das Resultat dürfte kaum ein anderes als ein Fiasco sein. Ist man aber im Besitz der zur Asthmabehandlung nothwendigen Vorbedingungen, so ist es nicht selten erstaunlich zu sehen, wie häufig in verhältnissmässig kurzer Zeit Kranke ihre Asthmaattaquen, deren Qualen sie meist jahrelang ausgesetzt waren, schwinden sehen.

Neben der psychischen Erziehung und Wachsuggestion ist es vor Allem die hypnotische Suggestion, welche einen äusserst machtvollen Factor bei der Bekämpfung und Beseitigung der Asthmaattaquen bildet, wobei ich nicht unerwähnt lassen will, dass bei den meisten Kranken eine leichte oder mittlere Hypnose (I. und II. Grad nach Forel) vollständig ausreichte, um bei Applicirung entsprechender Suggestionen zum erwünschten Ziele zu gelangen. Das Verfahren, welches ich am bewährtesten gefunden habe, ist in Kurzem folgendes: Jeder Asthmakranke wird zunächst einer rein psychischen Behandlung unterzogen. Hierbei stellt es sich schon in den ersten Wochen heraus, ob das Asthma psychogener Natur ist, oder ob wir es mit einer Combination mit dem haematogenen oder peripherigenen Asthma zu thun haben. Da aber bei jeder Asthmaform, welcher Gruppe sie auch angehören mag, der psychische alias autosuggestive Factor eine bedeutende Rolle spielt, so ist es durchaus zweckmässig zur Klärung und besseren Beurtheilung des einzelnen Falles gleich von vornherein eine systematische psychische Behandlung eintreten zu lassen. Nach kurzer Zeit wird dann der geübte Blick des Asthmatherapeuten herausfinden können, ob ausser der psychischen Behandlung noch eine Indication für den galvanischen Brenner, für den pneumatischen Apparat oder für eine andere Behandlung einer Localerkrankung vorliegt. Kräftigung des Allgemeinzustandes, hydropathische Massnahmen, besonders die Abreibungen des ganzen Körpers, in systematischer Weise jeden Morgen gleich nach dem Aufstehen durchgeführt, unterstützen in zweckmässiger Weise die Behandlung.

Was die Dauer der Behandlung anbetrifft, so sind nach meinen bisherigen Beobachtungen circa drei Monate durchschnittlich genügend gewesen, um zu einem entsprechend befriedigenden Resultat zu gelangen. Einige Fälle sind auch in kürzerer Zeit genesen, während Andere, bei denen die Anfälle schon sehr lange bestanden oder eine hochgradige Willensschwäche und Nervenerschöpfung zu constatiren war, einer dementsprechend längeren Curdauer bedurften.

In Betreff einer eventuellen Wiederkehr der Anfälle ist zu bemerken, dass Recidive mehrfach vorkommen, doch kann mit Sicherheit behauptet werden, dass die Rückfälle fast durchweg leichter und schneller zu beseitigen sind, als die Attaquen bei der erstmaligen Behandlung. Die Ursachen eines Rückfalls sind zu suchen entweder in der zu kurzen Curdauer, oder darin, dass der Kranke von Neuem allen Einflüssen, welche auf ihn früher asthmabegünstigend wirkten, sich aussetzt. Nach erfolgreicher Cur ist den Kranken durchaus anzurathen nach Möglichkeit ihr milieu zu ändern und dasjenige zu beseitigen, was früher direct oder indirect auf den Gesundheitszustand ungünstig einwirkte. Womöglich soll die Wohnung geändert werden oder, wo das nicht angeht, sollte wenigstens das Zimmer, in welchem der Kranke sich früher aufhielt und wo ihn alles an sein Asthma erinnert, mit einem anderen vertauscht werden.

Die Klimafrage spielt bei den Asthmatikern nur eine untergeordnete Rolle. Kranke mit sehr hartnäckigem Bronchialcatarrh und grosser Neigung zu Erkaltungen können einen südlichen Ort zum Aufenthalt wählen, während das Gros der Asthmatiker wohl ebensogut auch

in einem nördlichen Klima erfolgreich behandelt werden kann. Ist jedoch der Kranke einmal von seinem Asthma genesen, so wird die Behandlung von dauerndem Nutzen sein, wenn es dem Arzte gelungen ist dem Kranken das Vertrauen zu sich selbst wiederzugeben und wenn der Kranke fortan sich befleissigt eine abhärtende Lebensweise systematisch und consequent durchzuführen.

Ist das Asthma mit anderen Affectionen complicirt, so wird die Prognose natürlich verschlechtert. Bei stärker ausgesprochenem Lungenemphysem oder Herzschwäche und Neignng zu Oedemen ist es gerathen in Betreff der Prognosestellung grössere Vorsicht walten zu lassen. Sehr zweifelhaft wird die Voraussage, wenn Asthma mit Angina pectoris complicirt ist.

Zur Illustrirung des bisher Gesagten folgen einige Krankengeschichten:

III.

1. Gouvernante von 51 Jahren, aus Riga, seit acht Jahren Asthma, welches nach einer Lungenentzündung auftrat. Erkältet sich sehr leicht, leidet viel an Schnupfen und Bronchialcatarrh. Das Asthma setzte eines Tages plötzlich ein, um nach kurzen Unterbrechungen immer und immer wiederzukommen. Die Anfälle treten hauptsächlich des Nachts auf und dauern häufig bis zwei Stunden an. Im Sommer geht es besser, im Winter nicht nur des Nachts, sondern häufig auch des Tages Asthma, zuweilen 2—3 Anfälle im Laufe von 24 Stunden. Patientin wurde von Rigaer Aerzten ihrer Krankheit wegen in den Süden geschickt. Sie lebte einen Winter in Noworossisk, hatte dort aber von den heftigen Winden viel zu leiden und wurde andauernd von starkem Asthma geplagt. Einige Jahre verbrachte sie im milden Klima Jalta's, doch auch dort wurde ihr asthmatischer Zustand nicht besser. Patientin hat viel materielle Sorgen und ihr Beruf bringt ihr sehr häufig Unannehmlichkeiten und Aerger. Jodkali mildert etwas die Anfälle, so dass sie schon einige Jahre dieses Mittel braucht. Die Folge davon ist aber perpetuirlicher Jodismus. —Patientin ist von corpulentem Körperbau, aber schlaffer Musculatur. Anämische Gesichtsfarbe und dunkle blaugraue Schatten unter den Augen. Die Untersuchung der Nase ergiebt chronische Rhinitis mit stellenweiser sammtartiger Schwellung der Schleimhaut. Ueber beiden Lungen, insbesondere im Bereiche der unteren Bezirke reichliches Rasseln und Pfeifen, die Athmung etwas erschwert (während der Untersuchung ist sie asthmafrei), auf beiden Seiten Emphysem in mässigem Grade. Herz gesund, die übrigen Organe ebenfalls normal. Beim Gehen tritt sehr leicht Kurzathmigkeit ein, das Treppensteigen wird zur Qual. — Am 5. Aug. 1894 wird die psychische Behandlung eingeleitet, wobei die Kranke vor allen Dingen täglich einer hypnotischen Suggestion unterworfen wird. Patientin gelangte nicht weiter, als in einen leichten Schlummer mit angedeuteten kataleptischen Erscheinungen (II. Grad nach Forel). Diese Behandlungsweise begegnete anfangs grossem Zweifel von Seiten der Kranken und wiederholt sprach sie die Meinung aus, das Einschlafen könne doch unmöglich ihren Bronchialcatarrh beseitigen, denn ihrer festen Ueberzeugung nach war ihr Asthma nur Folge ihrer Bronchitis. Doch auffallend erschien es der Kranken, dass nach der Hypnose die Athmung ruhiger geworden war, während vor derselben häufig lautes Pfeifen und Rasseln im ganzen Zimmer vernehmbar war. Sie gewann allmählich Zutrauen zur Behandlung. Eine Untersuchung am 20. Aug. ergiebt, dass die catarrhalischen Geräusche in beiden Lungen bedeutend geringer geworden sind. Am 1. Sept. theilt nun Patientin mit, dass sie eine fortschreitende Besserung bemerke und dass die Anfälle schon seit einigen Tagen weggeblieben seien. Am 5. Sept. in der Nacht wieder etwas Asthma und starker Husten. 7. Sept. subjectives Befinden besser. 9. Sept. hat sich einen gehörigen Schnupfen geholt, ist sehr unruhig und behauptet, sie wisse aus Erfahrung, dass nach einem Schnupfen immer heftiger Husten und darauf starkes Asthma eintrete und so würde es wohl auch jetzt sein. 10. Sept. kein Asthma. 12. Sept. Gestern ist der erwartete Husten nach dem Schnupfen eingetreten. Heute eine leichte Asthmaattaque. 13. Sept. Das mit Furcht erwartete starke Asthma kommt, zur grossen Freude der Kranken, nicht zum Ausbruch; Patientin bleibt asthmafrei. Am 19. Sept. sagt mir Pat. aus freien Stücken, dass es ihr gut gehe. Am 26. Sept. bittet sie um Entlassung, da es ihr nicht möglich sei, wie ich es wünschte, noch weiter in Behandlung zu bleiben. Pat. schläft jetzt des Nachts ruhig, hin und wieder hustet sie, die quälenden Asthmaattaquen sind nicht mehr aufgetreten, nur ab und zu hat sie eine «leise Mahnung» an ihr früheres Asthma, welcher Umstand ihr jedoch weiter keine Besorgniss einflösst.

Das Gehen ist ihr bedeutend leichter geworden und sie kann ihren Verpflichtungen wiederum in vollem Umfange nachkommen. Jodkali braucht sie seit Beginn der Behandlung nicht mehr. — So blieb ihr Zustand den ganzen Winter ein andauernd befriedigender, während, wie wir aus der Anamnese wissen, sonst gerade der Winter ihre Hauptleidenszeit bildete. Im Frühjahr des folgenden Jahres erkältete sie sich stark; seitdem wiederum ab und zu kleine Asthmaattaquen; doch beunruhigten sie dieselben so wenig, dass sie nicht für nöthig hielt sich einer erneuten Behandlung zu unterziehen. Vom Mai bis zum Sept. war ich verreist. Am 2. Oct. 1895 stellte sich Patientin mir wieder vor. Hierbei erfuhr ich, dass sie sich über meine Abwesenheit sehr beunruhigt habe, denn sie habe immer gefürchtet, es könnte das Asthma von Neuem in stärkerem Grade auftreten und dann wäre ich nicht da, die Anfälle wegzuschaffen. Die Autosuggestion bekam die Oberhand und schliesslich stellte sich in der That das Asthma in deutlicher Form ein; in der Brust begann es wieder zu «rasseln und zu pfeifen», so dass sie in den letzten Wochen Zuflucht zu Jodkali nahm. Die eingeleitete psychische Behandlung hatte bald Erfolg, die Attaquen wurden zusehends schwächer um bald ganz aufzuhören. Dennoch behielt ich sie unter meinem Einfluss, um sie erst Anfang December zu entlassen. Die catarrhalischen Geräusche verschwanden vollständig und in die Augen fallend war die bedeutende Besserung der Gesichtsfarbe und des Gesichtsausdrucks. Der Winter verging gut; im Frühling 1896 hatte Pat. eine Pleuropneumonie, Asthma trat in Folge dieser Krankheit jedoch nicht auf.

Analysiren wir in Kürze diesen Fall, der für viele Fälle vorbildlich ist:

Wir haben es hier mit einer Combination von hämatogenem mit psychogenem Asthma zu thun. Die Schwellungszustände der Nasenschleimhaut bewirkten offenbar häufig, besonders des Nachts Athmungsbehinderung und in Folge dessen CO_2-Ueberfüllung des Blutes, wodurch der locus minoris resistentiae – hier das Brustkrampfcentrum — gereizt wurde. Da Patientin ausserdem einen hochgradig neurasthenischen Eindruck machte, so kann man nicht anders, als annehmen, dass die bei Neurasthenikern zu constatirende Neigung zu intensiven Autosuggestionen bei der Hervorbringung der Attaquen eine bedeutende Rolle gespielt haben muss, was im Laufe der Behandlung auch immer deutlicher zu Tage trat. Weder wurde eine locale Behandlung des Nasenrachenraumes eingeleitet, noch kam der pneumatische Apparat in Anwendung; durch eine systematisch ausgeführte psychische Leitung lernte allmählich das Grosshirn der Kranken nicht nur die Attaquen zu hemmen und schliesslich sich dieselben ganz vom Halse zu schaffen, sondern profitirte auch die Nasenschleimhaut durch die allgemeine Nervenberuhigung. Nach der Entlassung verlernte mit der Zeit das Grosshirn jedoch wiederum die Hemmung; die Autosuggestion in einem für die Anfälle günstigen Sinne wurde dank dem neurasthenischen Gesammtzustande von Neuem lebendig und daher musste das Gehirn einen nochmaligen Cursus im Hemmen der Attaquen durchmachen. Viel hängt von der Gründlichkeit eines solchen Cursus ab, ob Pat. auf die Dauer oder auf eine mehr oder weniger lange Zeit von ihrem Asthma befreit bleibt.

2. Der nun folgende Fall betrifft einen 32-jährigen Beamten, bei welchem das seit dem 12. Lebensjahr bestehende mittelstarke Asthma vollständig und dauernd beseitigt wurde. Patient ist vielfach erblich belastet, einige von den Verwandten (Vater und Onkel) waren geisteskrank, ein Bruder machte einen Selbstmordversuch, mehrere Verwandte waren Trinker. Die Attaquen waren in den Knabenjahren seltener: in den letzten Jahren wurden sie dagegen immer häufiger, um bei psychischen Erregungen (Unglück, Todesfall, Schreck) besonders stark aufzutreten. Auch Rückenlage begünstigt das Einsetzen von Asthma. Pat. wurde vor circa 11 Jahren phthisisch und kam der Tuberculose wegen in den Süden, wo die Lungensymptome nach einigen Jahren vollkommen verschwanden, das Asthma jedoch unverändert fortbestand. (Ich habe im Ganzen zwei Fälle beobachtet, bei welchen trotz des Asthmas Tuberculose sich entwickelt hatte, ein Beweis, dass die Annahme, Asthmatische seien gegen Tuberculose gefeit, eine irrige ist). — Bei der Untersuchung vernahm man über den Lungen überall hellen Klang und vesiculäres Athmen, so dass ausser einigen Rasselgeräuschen in den unteren Partien nichts krankhaftes nachgewiesen werden konnte. Schnupfen zuweilen, Husten fast garnicht vorhanden, Herz gesund. — Die Behandlung dauerte im Frühjahr 1895 sechs Wochen lang; Pat. war sehr vernünftig und intelligent und lernte sehr bald seine Asthma-Attaquen hemmen, um später von ihnen ganz verschont zu werden, wobei weder eine Behandlung der Nase, noch Athmungsübungen am pneumatischen Apparat, noch hydropathische Proceduren in Anwendung kamen. Hier hat einzig und allein das gesprochene Wort, die psychische Erziehung und die hypnotische Suggestion zum Ziele verholfen.

3. Frau von 30. Jahren. Seit fünf Jahren Asthma, welches nach einer Lungenentzündung aufgetreten sei. Patientin ist von kleinem Körperbau, hochgradig abgemagert, wiegt nur 91 russische Pfund. Die Anfälle beginnen meistentheils am

Nachmittag zwischen fünf und sechs Uhr mit allgemeiner Niedergeschlagenheit und Druck auf der Brust; später stellt sich starker Husten mitäusserst reichlicher Schleimabsonderung ein, wobei Pat. ununterbrochen von einer höchst quälenden Athemnoth zu leiden hat. Der Anfall dauert bis gegen 10 oder 11 Uhr Abends, worauf Pat. sich zu beruhigen beginnt um allmählich einzuschlafen. Ich selbst hatte Gelegenheit gleich am ersten Tage die Kranke während eines solchen Anfalls zu beobachten. Als ich ins Zimmer trat, sah ich die Kranke in einem desolaten Zustande neben dem Bette auf der Diele sich wälzen, im Gesichtsausdruck die höchste Angst, die Augen hervorgetreten weit geöffnet, mit vergeblichen Inspirationsbewegungen nach Luft ringend. Meine Gegenwart und einige eindringliche Wachsuggestionen genügten aber schon, um Pat. soweit zu beruhigen, dass sie nach circa 10 Minuten schon ziemlich ohne Anstrengung zu athmen vermochte und mir ihre ausführliche Krankengeschichte erzählte. Gegen vier Uhr Nachts trete gewöhnlich ein zweiter, ähnlicher Anfall auf, um erst in den Morgenstunden zu schwinden. Schlafen könne sie daher nur wenig und so gehe es jeden Tag, so dass sie durch ihre Krankheit derart erschöpft sei, dass es ihr schon seit Wochen nicht mehr möglich wäre auszugehen. Pat. sei von einer grossen Zahl von Aerzten ohne jeglichen Erfolg behandelt worden, wobei die Mehrzahl der Aerzte eine Endometritis und Uterusknickung angegeben hätten. Als der zuletzt behandelnde Arzt die Kranke in einem der schweren Anfälle sah, sagte er ihr rund heraus, dass man ihr nicht helfen könne und es mit ihr wohl bald zu Ende gehen würde. Sie ist früher viel mit grossen Dosen Morphium und Chloralhydrat behandelt worden und leidet jetzt an häufigen starken Diarrhöen. Alle ihre bisherigen Aerzte hatten ihr stricte abgerathen sich einer psychischen Behandlung zu unterziehen, weil damit grosse Gefahren verbunden seien!! Doch auf Anrathen einer Dame, bei welcher es mir gelungen war ein mehrere Jahre bestehendes Asthma zu beseitigen, wandte sie sich in ihrer Verzweiflung schliesslich doch an mich. Am 16. Juni 1894 Untersuchung. Ausgebreitetes gross- und kleinblasiges Rasseln über beiden Lungen, Herz gesund. Schnupfen während des Anfalls und einige Zeit nachher. Beständiger Husten. Im Verhalten der Kranken documentirt sich deutlich ein hysterischer Character. Haut- und Sehnenreflexe überall colossal gesteigert. Pat. bricht in Thränen aus, lässt sich aber leicht beruhigen und fasst wiederum Hoffnung. Bei der äusseren und inneren Exploration der Genitalsphäre keine besondere Empfindlichkeit oder Reizbarkeit. Die Mutter der Kranken war sehr «nervös». Ich verordnete ein Fuss-Senfbad, gab Codein und bereitete sie, nachdem ich ihre grosse Suggestibilität erkannt hatte, darauf vor, dass sie durch eine methodische Cur aller Wahrscheinlichkeit nach Erleichterung von ihrem Leiden erlangen könne, doch müsse ich sie erst einige Tage beobachten. Am 23. Juni habe ich notirt, dass Pat. in der ganzen Woche weniger vom Asthma geplagt worden sei, was natürlich weder dem Senfbade, noch dem Codein, sondern nur der suggestiven Wirkung der Hoffnung auf Heilung zu verdanken ist. Am 26. Juni begann eine systematische psychische Behandlung. Tiefere Hypnosen kamen anfangs nicht zu Stande, da Pat. beständig hustete, und dennoch genügte der passive Ruhezustand, der sich mitunter bis zur Lethargie und leichter Katalepsie steigerte, vollkommen, um die gegebenen Suggestionen voll zur Wirkung kommen zu lassen.

Die Behandlung währte bis zum 14. Juli. Patientin schlief jetzt jede Nacht 7—8 Stunden, das Asthma verschwand schnell, der Kräftezustand hob sich, nach einigen Tagen begann sie schon kleine Spaziergänge zu machen und ein ausgezeichneter Appetit stellte sich ein. Während der Behandlung war nur einmal ein kleiner Anflug von Asthma zu constatiren gewesen und zwar am 2. Juli.

Die übrige Zeit hatte sich Pat. vollkommen asthmafrei gefühlt und nahm während der dreiwöchentlichen Behandlung fünf Pfund an Gewicht zu. Trotz allen Zuredens war Pat. aber nicht länger in der Behandlung zu halten. Sie müsse durchaus nach Hause fahren und führte dafür allerlei Gründe an. Am 14. Juni war die letzte Untersuchung, wobei ich notirt hatte: Ueber den Lungen überall reines Athmen, ausgenommen die untere hintere Partie der rechten Lunge, wo früher der pneumonische Herd gewesen war. Pat. fühlt sich wohl, hustet wenig, hat wenig Auswurf, der Schlaf und Appetit sind gut, Asthma war nicht mehr aufgetreten.

Das ganze Verhalten der Kranken, sowie das schnelle Sistiren der bis dahin täglich auftretenden Asthma-Attaquen deuten darauf hin, dass bei der Entstehung der asthmatischen Anfälle der psychische Gehirnzustand als Erreger des veränderten und leicht erregbaren Brustkrampfcentrums eine bedeutende Rolle gespielt hat. Dass Patientin nach einer so kurzen Behandlungszeit nicht dauernd geheilt bleiben würde, war vorauszusehen, da dass Grosshirn die Fähigkeit einer sicheren und fortdauernd zuverlässigen Hemmung der jahrelang tagtäglich eingetretenen Attaquen nicht so schnell zu erwerben vermag. Natürlich hat sie ein Recidiv bekommen; einer erneuten Behandlung hat sie sich jedoch nicht unterzogen, obgleich man auch in diesem Falle berechtigt war bei genügender Ausdauer auf eine wirkliche Heilung zu hoffen.

4. Officier von 34 Jahren. Dieser Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass er uns das Asthma sozusagen in statu nascendi zeigt. Patient bisher immer gesund, aber zu intensiver Selbstbeobachtung neigend. Zu Ostern 1897 Influenza mit besonders starken Reizungserscheinungen im Larynx und in der Trachea. Die Fiebererscheinungen gehen zurück, doch dauert die Larynx- und Trachealreizung fort und erzeugt sehr heftigen anfallsweise auftretenden Husten. Eines Tages empfindet Pat. ein besonders heftiges Kratzen im Halse zu welcher Empfindung sich bald ein früher nie beobachteter beängstigender Druck auf der Brust gesellt, wobei er über Kurzathmigkeit zu klagen beginnt. Nach 15—20 Minuten wieder normales Befinden. In der nächstfolgenden Nacht ein ähnlicher, doch viel stärkerer Anfall. Seit der Zeit täglich 1—2 mässige Attaquen, weshalb er sich schliesslich an einen Arzt wendet, welcher ihm Morphium und Bäder von 30° R. verordnet. So vergehen circa drei Wochen. Unter Morphiumwirkung fühlte sich Pat. wohl, doch sobald sich der Einfluss des Narcoticums verlor, wurde der Reiz im Halse deutlicher und Pat. bekam wieder seinen Husten, seine Brustbeklemmung und seine Athemnoth. Als ich den Kranken sah, waren ausser einer geringen Röthung der Kehlkopfschleimhaut in toto besondere Reizsymptome nicht zu constatiren. Ueber den Lungen überall reines Athmen. Der Kranke griff jedoch während des Sprechens häufig an die Kehle und behauptete dort eine andauernde unangenehme Empfindung zu haben, so dass ich den Kehlkopf von aussen zu palpiren begann. Während dieser Procedur setzte ein exquisiter mittelstarker Asthma-Anfall ein, um nach einigen Minuten, nachdem ich sichere und beruhigende Suggestionen gegeben hatte, wieder zu verschwinden.

In diesem Falle war also nach der Influenza eine Reizbarkeit des Kehlkopfes zurückgeblieben. Diese Reizbarkeit allein genügt aber nicht zur Hervorrufung der asthmatischen Attaquen. Wir wissen, dass alle Punkte des Centralnervensystems in Verbindung stehen und starke Reize daher ganz über dasselbe sich ausbreiten können. Wir müssen annehmen, dass die aus dem Kehlkopf stammenden und centripetal verlaufenden Reizwellen, welche ins Gehirn ausstrahlen, neben anderen Centren auch das Centrum für die Bronchialmusculatur treffen und da dieses bei unserem Kranken offenbar den locus minoris resistentiae darstellt (sei es in Folge der eben stattgehabten Influenza-Infection, sei es dass die Hyperaesthesie des Centrums praeformirt war), so reagirte es in unnormaler Weise; mit anderen Worten, die Erregbarkeit des genannten Centrums hatte den niedrigsten Schwellenwerth. Hätte man nun die Uebererregbarkeit des Centrums durch Hemmungsvorrichtungen aus dem Grosshirn nicht zu dämmen versucht, d. h. wäre dem Kranken die Ueberzeugung nicht beigebracht worden, dass er die Krampfattaquen durch eigene Willensacte mässigen und schliesslich hemmen könne, insofern er sich nur mit vollem Vertrauen Mühe gebe, so wäre offenbar aus ihm ein chronischer Asthmatiker geworden. — Pat. wurde in systematische psychische Behandlung genommen und bei energisch und sicher gegebenen entsprechenden Suggestionen besserte sich sein Zustand schnell, so dass er nach zwei Wochen um Entlassung bat, da er verreisen musste. Fünf Monate sind seitdem verstrichen und Asthma ist nicht mehr aufgetreten. Ich habe auch bei diesem Patienten jegliche locale Therapie absichtlich unterlassen, um nur die Wirkung des suggestiv gesprochenen Wortes allein beobachten zu können.

Selbstverständlich werden nicht alle Asthmatiker, auch wenn sie eben erst im Anfang ihrer Erkrankung stehen, so leicht von ihrem Leiden befreit werden können. Doch bei genügender Ausdauer und Geduld kann man nach den bisher gemachten Erfahrungen, zumal wenn man ausser der psychischen Beeinflussung die locale Therapie, den pneumatischen Apparat und eine entsprechende Allgemeinbehandlung in Anwendung bringt, auch in vielen anderen Fällen zu einem befriedigenden Resultat gelangen. Ich habe in den letzten vier Jahren d. h. seitdem ich die oben besprochene Methode in Anwendung bringe, im Ganzen 22 Asthmatiker in Behandlung gehabt (die noch in Behandlung Befindlichen sind nicht eingerechnet). Von ihnen sind 9 vollständig hergestellt, 7 bedeutend gebessert und 6 ohne nennenswerthen Erfolg geblieben. Von den 16 Geheilten und Gebesserten bekamen 3 Recidiv, von denen 2 sich einer erneuerten Behandlung unterzogen. Von den 6 ohne Erfolg behandelten Asthmatikern litten alle ohne Aus-

nahme ausserdem an Herzschwäche und Oedemen, drei davon an ausgesprochenem Emphysem und eine an langjähriger Angina pectoris, so dass wir im letzteren Fall eine Combination von Asthma und Angina hatten.

Ich behalte mir vor über die in letzter Zeit gemachten Erfahrungen im nächsten Jahr zu berichten. Die vorliegende kleine Arbeit verfolgt nur den Zweck, auf den hochbedeutsamen Werth der psychischen Beeinflussung bei Bekämpfung einer Krankheit hinzuweisen, bei welcher man ohne Beobchtung des psychischen Factors bisher recht wenig erfreuliche Resultate erzielen konnte.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fortschritte der Hydrotherapie. Festschrift zum vierzigjährigen Doctorjubiläum des Prof. Dr. W. Winternitz. Wien und Leipzig 1897. 8°. 330 Ss.

Wenn auch manche frühere Arbeiten über die physiologische Wirkung hydrotherapeutischer Massnahmen bekannt geworden, so ist es doch vornehmlich Winternitz und die durch ihn gegründete zahlreiche und begeisterte Schule, welcher das Verdienst gebührt, die Hydrotherapie experimentell durchleuchtet und auf feste wissenschaftliche Grundlage gestellt zu haben. Winternitz 1878 erschienenes epochemachendes Werk: «Die Hydrotherapie auf physiologischer Grundlage» hat ausserdem Anregung gegeben zu zahlreichen sowohl experimentellen Untersuchungen als auch therapeutischen Versuchen in der ganzen civilisirten Welt und der Hydrotherapie manchen Anhänger geschaffen. Auch der vornehm ausgestattete uns vorliegende Festband legt beredtes Zeugniss hierfür ab: Zwanzig Verfasser aus Oesterreich-Ungarn, Deutschland, Russland, Italien, Amerika haben mit Aufsätzen von z. Th. hohem wissenschaftlichem und practischem Werthe zu dem Festbande beigetragen unter Redaction von Strasser und Buxbaum. Buxbaum und Pick liefern je einen Aufsatz zur Würdigung der wissenschaftlichen Thätigkeit des Jubilars. Das beigegebene Verzeichniss seiner literarischen Thätigkeit umfasst 140 Nummern. Ein Porträt Winternitz in Lichtdruck, ein Meisterwerk moderner Technik, schmückt das Buch, welches für einen jeden, der sich für Hydrotherapie interessirt, von grossem Werthe ist.

Auf den Inhalt einzelner Aufsätze aus demselben werden wir noch zurückkommen. Buch (Willmanstrand).

Georg Rosenfeld: Die Diagnostik innerer Krankheiten mittels Röntgenstrahlen. Zugleich Anleitung zum Gebrauch von Röntgen-Apparaten. Mit vier Röntgen-Aufnahmen in Lichtdruck. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1897. 98 pag.

Oskar Büttner und Kurt Müller: Technik und Verwerthung der Röntgen'schen Strahlen im Dienste der ärztlichen Praxis und Wissenschaft. Encyklopädie der Photographie, Heft 28. Mit 29 Abbildungen und 5 Tafeln. Halle a. S. Druck und Verlag von Wilhelm Knapp. 1897. 137 pag. Preis 3 Mark.

A. Parzer-Mühlbacher: Photographische Aufnahme und Projection mit Röntgenstrahlen mittelst der Influenz-Elektrisirmaschine. Mit 10 Tafeln. Photographische Bibliothek. Nr. 6. Berlin. Verlag von Gustav Schmidt. 1897. 47 pag. Preis 1,80 Mark.

Interessenten seien auf obige 3 Bücher aufmerksam gemacht. Namentlich das zweitgenannte Werk, als das umfassendste, scheint Ref. der Empfehlung werth zu sein. Das dritte Büchlein, von einem Berufsphotographen verfasst, bringt die sehr wichtige Angabe, wie der kostspielige Ruhmkorff'sche Inductor durch eine gutwirkende Influenzmaschine, welche häufiger im Besitze praktischer Aerzte zu finden ist, ersetzt werden kann. Michelson.

A. Villaret: Handwörterbuch der gesammten Medicin. Zweite neubearbeitete Auflage Lieferung 1 und 2. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1897. ca. 25 Lieferungen à 2 Mark.

Wir dürfen nicht unterlassen unsere Leser auf die Neubearbeitung des von Villaret herausgegebenen Handwörterbuches der gesammten Medicin aufmerksam zu machen, welches eben in seiner zweiten Auflage zu erscheinen beginnt. Mehr als sechzig der bewährtesten Mitarbeiter haben auch an dem Herstellen dieser Auflage theilgenommen und ihre Namen bürgen vollkommen für den rechten Werth des Werkes. Jedes Stichwort enthält bekanntlich neben seiner etymologischen Erklärung und seiner trefflichen Definition, noch seine Uebersetzung ins französische, englische und italienische. Wir brauchen wohl kaum darauf hinzuweisen von wie grosser Nothwendigkeit für den practischen Arzt ein Hilfs- und Nachschlagebuch von der Art des vorliegenden ist, welches ihm durch seine Vollständigkeit und Vielseitigkeit eine schnelle Orientirung gewährt und ihm gestattet sich gelegentlich über ihm weiter liegende Specialgebiete der Medicin die nöthige Auskunft zu verschaffen. So begrüssen wir denn die zweite Auflage dieses auch äusserlich vortrefflich ausgestatteten, verbreiteten und beliebten Nachschlagebuches und wünschen es möge seiner weiteren Entwicklung und Vollendung rüstig entgegenschreiten. K—r.

Auvard, A. Practisches Lehrbuch der Gynäkologie. Deutsche Ausgabe von Dr. Löwenhaupt. Leipzig. Barsdorf. 1897.

Uns liegt die erste Abtheilung dieses Lehrbuches vor. Ein endgültiges Urtheil über das Buch behalten wir uns bis nach Erscheinen der 2. und 3. Abtheilung vor. Trotz der Unvollständigkeit erlaubt sich Ref. auf dies Lehrbuch aufmerksam zu machen, dessen Erscheinen auf dem deutschen Büchermarkt durchaus motivirt erscheint. Dasselbe unterscheidet sich in Manchem von den deutschen Lehrbüchern der Gynäkologie und besitzt viele Vorzüge, die in der ausserordentlich übersichtlichen Darstellungsweise und der sehr grossen Zahl von glücklich gewählten Abbildungen bestehen. Der Verf. bietet uns in erster Linie seine eignen Erfahrungen, die Literatur ist nicht angeführt; der Fachmann kann aber leicht constatiren, dass alle Ergebnisse neuester gynäkologischer Forschung Berücksichtigung finden. Mit abgehandelt werden, soviel dies für den Frauenarzt nothwendig ist, auch benachbarte Gebiete, so in der vorliegenden Abtheilung die venerischen Erkrankungen der äusseren Geschlechtsorgane. Vorausgeschickt werden sehr lesenswerthe Capitel über allgemeine Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Es folgt die allgemeine Therapie. In diesem Capitel werden auch Massage und Electricität eingehend besprochen. Statt des Esmarch'schen Kruges scheinen in Frankreich allerlei Vaginalirrigatore in Gebrauch zu sein, welche ersterem entschieden nachstehen. Statt der bei uns üblichen heissen Vaginaldouchen werden heisse Rectalirrigationen (45—50° C.) empfohlen. Von den Pessaren giebt Verf. dem Meyer'schen Ring, den er Pessar von Dumontpollier nennt, den Vorzug. Abgehandelt werden in der I. Abtheilung die Missbildungen, unter denselben auch die verschiedenen Arten von Fisteln, die Erkrankungen der Vulva, Vagina, des Uterus und die entzündlichen Processe der Adnexa. Bei der Behandlung der Endometritis werden verschiedene medicamentöse Stifte (mit Jodoform, Sublimat etc.) empfohlen. Zu Uterusinjectionen benutzt A. eine Mischung von Creosot, Glycerin und Alcohol zu gleichen Theilen. Die Péan'sche Uterusexstirpation bei Beckeneiterungen wird nur bei complicirten Abscessen empfohlen, sonst der einfachen Incision von der Scheide aus, die aus unbekannten Gründen nach Laroyenne benannt wird, der Vorzug gegeben. Damit schliesst diese Abtheilung ab. Versprochen werden im Ganzen 655 Textabbildungen und 12 Chromotafeln, die den praktischen Werth des Buches ungemein erhöhen werden. W. Beckmann.

E. Sonnenburg: Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Mit 41 Abbild. und 6 Tafeln. Dritte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel 1897. Preis 10 Mark.

Das bekannte Sonnenburg'sche Buch liegt uns seit 1894 bereits in seiner dritten Auflage vor. Für den Therapeuten, wie für den Chirurgen von gleicher Wichtigkeit, wird es wie seine Vorgänger, mit demselben Interesse und Nutzen gelesen werden. Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren nimmt Sonnenburg bekanntlich einen besonderen und selbstständigen Standpunkt in der Frage der Appendicitis ein: Von einer Typhlitis stercoralis im engeren Sinne will er nichts wissen, sondern er führt alle diese Fälle auf Erkrankungen des Wurmfortsatzes zurück. Das Opium verwendet er nur in kleinen Dosen. Bei der Appendicitis perforativa mit circumscripter Peritonitis operirt Verf. immer im Anfall. Als therapeutischen Grundsatz stellt Sonnenburg auf: stets, auch bei diffuser Peritonitis durch Flankenschnitt den ursprünglichen Herd aufzusuchen und durch Unschädlichmachen desselben die Peritonitis zu beschränken.

- In dieser Auflage sind die Differentialdiagnosen eingehender berücksichtigt und besondere Aufmerksamkeit auf die bis zur Perforation des Appendix latent verlaufenden Fälle gerichtet worden. 209 eigene, ausführliche Krankengeschichten und eine Reihe wohlgelungener Abbildungen erläutern den leicht und angenehm geschriebenen Text. Das Sonnenburg'sche Buch bleibt nach wie vor eines der wichtigsten und unentbehrlichsten Lehrbücher für Jeden der sich mit der Appendicitis zu beschäftigen hat. Kallmeyer.

E. Schill. Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1896. 3. Jahrgang. Preis 5 Mk. 60 Pf. Leipzig 1897. B. Konegen. 250 pg.

Verf. sucht einem vorhandenen Bedürfnisse nachkommend eine übersichtliche periodische Darstellung der Fortschritte der Diagnostik zu geben. Der vorliegende III. Jahrgang scheint seinen Zweck gut zu erfüllen, denn er enthält in gedrängter Form eine grosse Reihe von in den Fachblättern zerstreuten neueren diagnostischen Beobachtungen und Mittheilungen aus allen Specialgebieten der Medicin. Die sachliche Anordnung des Stoffes gestattet leicht ein Nachschlagen. Die Quellenangaben fehlen nirgends. Interessant und anregend wie die diagnostische Forschung an sich, so ist auch dieses Büchlein, in welchem, wie die Strahlen in dem Brennpunkte einer Linse, die einzelnen Beobachtungen der Autoren sich concentriren, um das Bild zu vervollständigen. Wir glauben, dass dieser noch wenig bekannte Jahresbericht sich einen dauernden Platz auf dem Büchertische des Arztes erobern wird. K—r.

Der fünfundzwanzigste schlesische Bädertag Reinerz 1897. 222 S. 8⁰.

Auch dieser Band giebt wieder ein schönes Zeugniss ab für die wackere Arbeit der Vertreter der schlesischen Bäder. Wenn auch dieser Band als Jubiläumsband zum Theil Recapitulationen der 25-jährigen Arbeit des Bäderverbandes enthält, so finden sich auch wieder zahlreiche Vorträge von allgemeinem Inhalt hygienischen und allgemein wissenschaftlichen Inhalts, die das Büchlein namentlich für Badeärzte und Bäderverwaltungen interessant und wichtig machen. Glück auf dem Bädertage!

Auf den Inhalt hoffen wir noch gelegentlich zurückzukommen. Buch (Willmanstrand).

O. Dornblüth: Kochbuch für Kranke. Leipzig 1897. Verlag von H. Hartung u. Sohn. Preis gebunden 4 Mark.

Unter diesem Namen hat Verf. ein Büchlein zusammengestellt, das für die Krankenpflege bestimmt ist und dem Laien Belehrung über Wesen, Eigenschaften und Zubereitung der Speisen giebt. Es enthält dann noch 168 Kochvorschriften und das Nöthigste über die Ernährung von Magenkranken und über Unter- und Ueberernährung und dürfte in dieser Form den Ansprüchen des Publikums im Allgemeinen genügen, umsomehr als es in einer leicht verständlichen Redeform geschrieben ist. K—r.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1896. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Wiesbaden bei J. F. Bergmann, 1897. 316 pag. Preis 7 Mk.

Im Laufe der Vorjahre haben wir bereits mehrfach Gelegenheit genommen Pollatschek's Jahrbuch zu besprechen und auf seine Vorzüge hinzuweisen. Der Jahrgang 1896 ist ebenso lebendig geschrieben wie seine Vorgänger und enthält viel Neues und Anregendes. Die leitenden Grundsätze sind dieselben geblieben. Bei dem stets regen Bedürfniss und Interesse für Fortschritte in der Therapie wird gewiss auch dieser Jahrgang zahlreiche Leser finden. K—r.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— W. Laurèn. Rhizoma Aspidii spinulosi Sw. och eterextraktet däraf sasom vermifugum. Finska läkaresällskapets handlingar 1897. S. 1225.

Verf. weist nach, dass das ätherische Extract des Aspidium spinulosum dieselbe vermifuge Wirkung auf Botriocephalus latus hat, wie das des Aspidium filis mas. Dies ist in sofern von Bedeutung, als das erstere Farrenkraut an manchen Orten häufiger anzutreffen ist als das letztere.

Buch (Willmanstrand).

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Pernau.

4.—6. Juni 1897.

Erste Sitzung.

(Schluss).

Discussion.

a) **Dr. Wagner-Zabeln. Ich erlaube mir an den Herrn Vicepräses der Livl. Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra die Frage zu richten, ob von Seiten der Gesellschaft nach der erfolgten Internirung der Kranken in die Leprosorien eine Desinfection ihres bisherigen Wohnortes stattfindet oder nicht?**

b) Prof. Dehio. Ich kann über diesen Punkt keine Auskunft geben. Ich glaube aber doch, dass die Kreisärzte resp. die Kirchspielsärzte für die Reinigung und die Desinfection der Wohnung Sorge tragen.

c) Dr. Fischer-Sagnitz. Ich muss mich Herrn Professor Dehio darin durchaus anschliessen, man wird es durch die Belehrung des Landvolkes erreichen, dass die Gemeinden ihre leprösen Glieder selbst zum Eintritte in die Asyle veranlassen. Ich erinnere hierbei an die Erfahrungen mit der Syphilis. Wenn erst alle einmal von der Infectiosität der Lepra ebenso überzeugt sein werden, wie von der Ansteckungsgefahr der Syphilis, so wird die Frage sich von selbst lösen. Wir erleben es häufig genug, dass das Landvolk die Syphilitischen nicht nur meidet, sondern auch Personen, die inficirt sind und sich heimlich halten, ausfindig macht, sie der Polizei angiebt und dieselben zum Eintritte in eine Krankenanstalt zwingt. Dasselbe wird auch ohne Zweifel mit den Leprösen der Fall sein.

d) Dr. O. Klemm-Riga. Ich möchte mir die Frage erlauben, wer für die Familienglieder sorgt, wenn etwa der Familienvater freiwillig das Lepraasyl aufsucht?

e) Prof. Dehio. Es handelt sich bei der Aufnahme in's Asyl nicht nur um Familienväter, sondern auch oft überhaupt um sehr arme Leute, für diese müssen eben die Gemeinden sorgen. In Livland besteht übrigens die Absicht eine Gesellschaft ins Leben zu rufen, um die Angehörigen derjenigen Leprösen zu versorgen, denen der Ernährer fehlt. Eine definitive Klärung hat diese Frage noch nicht erfahren. Diese Aufgabe liegt ausserhalb der Machtsphäre der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra. Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra hat ihr Augenmerk nur darauf gerichtet, die Leprösen zu isoliren und die Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern, aber nicht mehr.

f) Dr. Apping-Wolmar. Ich möchte mich nach meinen Erfahrungen auch gegen eine zwangsweise Internirung der Leprösen aussprechen. Ganz abgesehen davon, dass es für keinerlei Erkrankung gesetzliche Vorschriften giebt, welche zu einer zwangsweisen Isolirung berechtigen, so glaube ich, dass wohlhabende und social unabhängig dastehende Personen, die an der Lepra erkranken, weder ein Leprosorium freiwillig aufsuchen werden noch zwangsweise dazu gezwungen werden können. Diese Massregeln würden daher nur für die unteren Schichten der Bevölkerung eine Geltung erlangen, was doch zweifellos mit Unzuträglichkeiten verknüpft wäre.

g) Dr. Koppel-Dorpat. Die Aufklärung aller Bevölkerungsschichten über die Ansteckungsgefahr der Lepra ist dringend nothwendig, aber in praxi nicht immer leicht zu bewerkstelligen. Trotz aller Vorsichtsmassregeln dringen doch falsche Ansichten ins Volk. Wenn man die Belehrung und die Aufklärung ernstlich anstreben will, so glaube ich, dass dieselbe nach bestimmten Gesichtspunkten und unter bestimmten Voraussetzungen zu geschehen hat. Es wäre nothwendig, dass die aufklärenden Schriften einheitlich abgefasst würden und eine Art wissenschaftlicher Censur eingeführt würde. Es liesse sich das so denken, dass die Gesellschaft Livl. Aerzte gewissermassen den Mittelpunkt bilden würde, von welchem aus die Publicationen zu erfolgen hätten. Es müssten ferner competente Persönlichkeiten damit betraut werden die Publicationen zu leiten, dann hätte man wirklich die Garantie, dass nur solche Dinge ins Volk gelangen, die in Wahrheit aufklärend und fördernd wirken.

h) Prof. Dehio. Ich möchte mich meinem Vorredner Herrn Dr. Koppel durchaus anschliessen. Die Publicationen welche dazu dienen aufklärend zu wirken, müssen mit einer gewissen Vorsicht abgefasst sein. Der Volkscharacter und gewisse locale Eigenthümlichkeiten sind bei der Veröffentlichung populärer Schriften zu berücksichtigen. Man darf auch nicht wissenschaftliche Streitfragen zur Bearbeitung heranziehen, um nicht unnütz das Volk zu verwirren. Beispielsweise, man kann die Ansicht vertreten, dass die Lepra anaesthetica weniger ansteckend sei, als andere Formen der leprösen Erkrankung. Es wäre aber völlig zu verwerfen, wenn man diese Ausnahme popularisiren wollte und dieselbe in den Tagesblättern verbreitet würde. So erfuhr ich, dass ein Arzt in einem populären Vortrage über die Lepra diese Ansicht wiedergegeben hatte. Die Folge war die, dass die Leprösen, die ein Leprosorium aufsuchen sollten, protestirten und behaupteten, sie wären nicht tuberös erkrankt, sondern litten an der milderen Form der Lepra, welche nicht anstecke. Die wissenschaftliche Wahrheit bleibt ja wahr, aber sie ist nicht immer für den Laien verständlich und nicht für eine Veröffentlichung geeignet. Eine wissenschaftliche Discussion gehört nie und nimmer vor das Forum des Publicums.

i) Dr. Ströhmberg-Dorpat. Ich glaube, dass der Vorschlag des Herrn Dr. Koppel, welcher eine Censur aller populären Veröffentlichungen über die Lepra verlangt, unvereinbar ist mit dem Bestreben das Volk über das Wesen der Krankheit aufzuklären. Es ist aber nothwendig wie Herr Prof. Dehio bereits äusserte, bei derartigen Veröffentlichungen vorsichtig zu Werke zu gehen und Aeusserungen über

Dinge zu vermeiden, die wissenschaftlich noch nicht abgeschlossen vorliegen.

j) Dr. Koppel-Dorpat. Wenn ich von einer Censur sprach, so meinte ich es ja nicht so wörtlich, wie Herr Dr. Ströhmberg mich verstanden hat. Ich wollte nur das eine hier anregen, in Zukunft die populären Veröffentlichungen über die Lepra einheitlicher und systematischer zu gestalten, um dem Volke thatsächlich den Nutzen zu bringenn, welchen man durch die Aufklärung zu erzielen hofft.

k) Dr. Sadikoff-Talsen. Es dürfte hier vielleicht interessiren, dass der Kurl. Verein zur Bekämpfung der Lepra durchaus auf dem Standpunkte steht, den Herr Prof. Dehio vorhin ausführte und von Zwangsmassregeln völlig absieht. Die Erfahrungen, die der Verein während seines einjährigen Bestehens nach dieser Richtung hin gemacht hat, sind durchaus befriedigende, ja es kam sogar der umgekehrte Fall vor, dass ein Lepröser als Strafe aus dem Leprosorium entfernt wurde. Es hatte dieses auf die übrigen eine sehr gute Wirkung. Die Kranken sehen die Aufnahme in das Leprosorium als eine Vergünstigung an, was bei der zwangsweisen Isolirung jedoch nicht der Fall wäre. Beiläufig wurde jener gemassregelte Kranke in Bälde auf seine Bitten hin wieder in das Leprosorium zurück aufgenommen.

l) Dr. Truhart-Dorpat. Wie ich aus der Discussion ersehe, so glaube ich meine Herren, es ist in ihrem Sinne, wenn wir uns protokollarisch dahin aussprechen, der Livländische Aerztetag bezeichnet es als wünschenswerth, dass diejenigen der Mitglieder, die über die Lepra im populären Sinne zu schreiben beabsichtigen, ihre Schriften mit Reserve und Vorsicht abfassen und stets dessen eingedenk sind, eine unnütze Beunruhigung des Volkes zu vermeiden.

9. Dr. Koppel hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland während der letzten 20 Jahre**». (Erschienen in der St. Petersburger medic. Wochenschrift № 37, 1897).

Discussion.

a) Dr. Ströhmberg-Dorpat. Ich habe in Dorpat die Erfahrung gemacht, dass unter den dort lebenden Leprösen eine verhältnissmässig grosse Zahl in landischen Krügen lebte. Ich möchte daher Herrn Koppel fragen, ob er nicht auch bei seinen Enquêten gefunden hat, dass diese unsauberen Stätten bei der Verbreitung der Lepra eine Rolle spielen?

b) Dr. Koppel-Dorpat. Die Möglichkeit, dass die Krüge mit dazu beitragen die Lepra weiter zu verbreiten, muss zugegeben werden. Man bedenke nur, dass die meisten Personen in den Krügen aus gemeinschaftlichen Gefässen trinken. Wenn dieselben, wie es so häufig der Fall ist, Errosionen an der Mundschleimhaut aufweisen, so liegt es nahe, dass auf diese Weise die Ansteckung erfolgt.

c) Dr. Ströhmberg-Dorpat. Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass in den Krügen Bettler und alle möglichen arbeitslose Personen nächtigen und vagabundiren. Diese sind es meiner Ansicht nach, welche die Verbreitung der Lepra befördern.

d) Dr. Devrient-Grundsahl. Ich möchte Herrn Dr. Koppel fragen, ob nicht auch die Zigeuner zur Weiterverbreitung der Lepra beitragen?

e) Dr. Koppel-Dorpat. Speciell über die Zigeuner ist mir nichts bekannt. Es ist eine Thatsache, dass die hausirenden Juden und die herumziehenden Russen zur Weiterverbreitung der Lepra beitragen.

f) Dr. Fischer-Sagnitz. Herr Dr. Koppel sagte unter anderem, es wäre wünschenswerth, um der Weiterverbreitung der Lepra auf dem Lande Einhalt zu thun die Namen der Leprösen bekannt zu machen. Ich würde ein solches Vorgehen für durchaus zweckmässig erachten und an den Häusern in welchen Personen leben, die mit Lepra behaftet sind, Tafeln mit einer entsprechenden Aufschrift anbringen lassen. Ich bin überzeugt, dass eine derartige prophylactische Massregel sich durchaus bewähren würde. Ich glaube auch, dass für ein derartiges Vorgehen eine gesetzliche Grundlage sich nachweisen liesse. Das Gesetz verlangt, dass bei dem Auftreten acuter Infectionskrankheiten die Häuser in welchen Kranke liegen, durch Aufschriften kenntlich gemacht werden sollen. Es geschieht leider dieses sehr selten, höchstens noch bei dem Ausbruche einer Pockenepidemie, aber ich glaube man hätte das Recht diese Vorschrift auch auf die Lepra auszudehnen. Ich persönlich habe eine derartige Massregel bei der Behandlung der Infectionskrankheiten durchgeführt und bin mit den Erfolgen zufrieden. Bei meinen Fahrten übers Land führe ich ein Stück Kreide mit mir und schreibe auf die Hausthür derjenigen Gesinde, in welchen Infectionskrankheiten herrschen «Seht Euch vor, hier herrschen Scharlach oder Masern etc.. Ich kann in einer solchen Aufschrift nichts Schimpfliches entdecken und glaube, dass es auf diesem Wege möglich ist, das Volk zu einer grösseren Vorsicht der Ansteckung gegenüber zu erziehen.

10. Prof. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die Serumbehandlung der Lepra**».

Der Vortragende berichtet über Versuche, die er im Verein mit Dr. Jürgensohn mit der Serumtherapie der Lepra angestellt hatte. Dr. Carrasquilla in Boguta hat zuerst es versucht Pferde gegen das im Blut der Leprösen vorausgesetzte Lepragift zu immunisiren und mit dem Blutserum dieser Pferde Lepröse zu behandeln. Carrasquilla giebt an mit dieser Behandlung eine grosse Menge von Aussätzigen, sowohl der tuberösen, wie der anästhetischen Form vollkommen geheilt zu haben, so zwar, dass nicht nur die Knoten sich resorbirten und die Geschwüre heilten, sondern auch die Anästhesien schwanden und die Kranken die Kraft und das Gesundheitsgefühl der früheren Tage wiedererlangten. Diese in wiederholten Publikationen Carrasquilla's veröffentlichten Resultate haben den Redner veranlasst, die Versuche genau nach den Angaben Carrasquilla's zu wiederholen. Redner entnahm zunächst Kranken, die an frischer tuberöser Lepra litten mittelst Aderlasses grössere Quantitäten Blut unter aseptischen Cautelen. Nachdem sich aus demselben das Serum abgesondert hatte, wurde letzteres einem kräftigen und gesunden Pferde subcutan injicirt. Diese Injectionen wurden alle 10 Tage in steigenden Dosen von 40 bis 160 ccm. verabfolgt, wobei zur Gewinnung des Serums stets andere lepröse Individuen benutzt wurden. Das Pferd vertrug diese Injectionen fast ohne alle Reaction; die Temperatur stieg so gut wie garnicht und das Allgemeinbefinden blieb völlig unverändert. 10 Tage nach der 4. und 10 Tage nach der 5. Injection wurde das Pferd unter strenger Asepsis zu Ader gelassen und das Blut in sterilen Gefässen aufgefangen. Nachdem sich in zwei- resp. dreimal 24 Stunden das Serum gut vom Blutkuchen getrennt hatte, so dass es eine klare, gelbe Flüssigkeit bildete, wurde dasselbe vorsichtig abgehoben und in kleine, sterile Fläschchen abgefüllt.

Um es haltbarer zu machen erhielt es einen Zusatz von $^1/_2$% Carbolsäure oder einer Federmesserspitze voll gepulverten Kampfers. Das so hergestellte Pferdeblutserum hielt sich gut und nur in wenigen Fläschchen fanden sich bei der bacteriologischen Untersuchung einzelne Keime von unschuldigen Kugelbacterien oder Schimmelpilzen. Dieses Pferdeblutserum nun wurde den leprösen Kranken mittelst Pravaz'scher Spritzen alle drei Tage subcutan injicirt. Zunächst erhielten die Kranken nur sehr kleine Dosen von 1—2 ccm., später aber, als sich die völlige Unschädlichkeit des Serums herausgestellt hatte, wurde die jedesmalige Dosis auf 5—10—15 ccm. gesteigert. Bei den meisten Kranken bildete sich an der Injectionsstelle eine etwa Rubel bis Handteller grosse, wenig empfindliche Röthung und Schwellung der Haut und des subcutanen Bindegewebes, die stets in 2—3 Tagen wieder schwand. Die allgemeine Reaction äusserte sich in einer 12—36 Stunden dauernden mässigen Temperatursteigerung, die fast niemals 39,0 Grad Celsius überschritt und niemals von schwereren Krankheitserscheinungen begleitet war; nur bei einem Kranken brach nach jeder Injection ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythem aus, welches etwa 24 Stunden dauerte. Es sind das Veränderungen welche, wie schon Johannessen gezeigt hat und wie wir bestätigen können, auch durch normales Pferdeblutserum hervorgerufen werden. Im Ganzen haben wir 19 Kranken unser Lepraheilserum injicirt, von denen 13 der tuberösen, 4 der maculösen und 2 der gemischten Form angehörten. Wir begannen die Injectionen am 20. April und haben sie wie nachträglich hinzugefügt sei bis zum 30 Juli regelmässig fortgesetzt. Die therapeutischen Erfolge jedoch waren leider gleich Null, wo doch Carrasquilla behauptet in der gleichen Zeit die auffälligsten Besserungen, ja Heilungen erzielt zu haben. Kein einziger unserer Leprakranken zeigte während der Behandlung die geringste Besserung, die Knoten und Ulcerationen, sowie die Flecken und Anästhesien blieben völlig dieselben und zeigten nicht einmal derartige Veränderungen wie man sie durch Tuberculinjectionen so leicht hervorrufen kann. Wohl aber traten bei einigen Kranken während der Behandlung Nachschübe und Eruptionen neuer Knoten auf, wie sie auch ohne jede Therapie vorkommen.

Wie diese auffällige Differenz zwischen den Angaben Carrasquilla's und unsern Erfahrungen zu Stande kommen konnte, ist vorläufig nicht zu erklären. Sollte unser Pferd zur Herstellung des Serums nicht geeignet gewesen sein? sollten in dem Carrasquilla'schen Heilserum in Folge äusserer nicht näher angegebener Umstände heterogene Toxine respective Heilsubstanzen zur Entwickelung gekommen sein? Das Alles muss Redner dahingestellt sein lassen. Bevor er zu einer Wiederholung seiner Experimente schreitet, die dann in grösserem Massstabe angestellt werden müssten, ist Redner entschlossen die weitere Entwicklung der Serumtherapie der Lepra in Bolivia und weitere Veröffentlichungen ihres Autors abzuwarten.

11. Dr. O. Koppe hält seinen angekündigten Vortrag: «Die heutige Therapie und die Hydrotherapie». (Erscheint demnächst in der St. Petersb med. Wochenschrift).

12. Dr. A. Kröger hält seinen angekündigten Vortrag: «Das Seebad Pernau». (Erscheint demnächst in der St. Petersburger med. Wochenschrift).

13. Dr. E. Behse hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Moor- und Schlammbäder». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Schluss der 1. Sitzung.

d. Z. Secretair: Dr. med. A. Behr.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 16. April 1897.

1. Dr. G. v. Bergmann berichtet über einen Fall von Conamen suicidii bei einem Geisteskranken. Derselbe, ein Mann von 70 Jahren, habe mit einem Rasirmesser sich das Abdomen geöffnet und die hervorquellenden Eingeweide partienweise abgeschnitten. Er wurde zugleich mit den abgetragenen Darmtheilen (im ganzen 13 Stücke von verschiedener Länge — wenige Zolle bis zu einem Fuss und darüber) dem Krankenhause übergeben. Dort wurden die Lumina der stehen gebliebenen Darmtheile vereinigt, blutende Mesenterialgefässe unterbunden, doch starb der Kranke nach kurzer Zeit.

2. Dr. Mandelstamm jun. berichtet über einen Fall schwerer Collapserscheinungen bei einer Frau nach Genuss einer grösseren Menge von Arnica. Vortr. macht darauf aufmerksam, dass er in der Literatur keinerlei Mittheilung über derartige Wirkungen der Arnica gefunden habe und dass die gebräuchlichen Lehrbücher dieselbe als therapeutisch werthlos und unschädlich darstellen. Dieser Fall sei geeignet, letztere Auffassung zu erschüttern.

Dr. Berkholz erwähnt, dass die Arnica vom Volke häufig in der Absicht, Abort herbeizuführen, benutzt werde.

3. Dr. Behr hält den angekündigten Vortrag: über «Iwan IV und seine Regierung vom psychiatrischen Standpunkt aus betrachtet». (Soll seiner Zeit im Druck erscheinen).

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Sitzung am 8. Mai 1897.

1. Dr. Skuje (a. G.) stellt einen Fall von Aortenaneurysma vor, an welchem besonders das Oliver'sche Symptom — pulsatorische Erschütterung des Larynx — demonstrabel ist.

Dr. Hampeln erwähnt hieran anknüpfend als besonders bedeutsam in diagnostischer Beziehung die pulsatorischen Bewegungen des Larynx in transversaler Richtung. Er selbst habe dieselben bisher nicht gesehen, doch würden sie ganz besonders bedeutsam sein bei Aneurysmen, die anderweitig nicht manifest würden, da sie mit Bestimmtheit für Aneurysma sprächen. Die in der Richtung der Körperachse erfolgenden pulsatorischen Bewegungen des Larynx seien diagnostisch nur verwerthbar, wenn sie in sehr hohem Grade ausgeprägt wären, da geringere pulsatorische Erschütterungen auch ohne Aneurysma vorkämen.

Dr. Skuje fügt noch hinzu, aetiologisch sei auch hier Syphilis wahrscheinlich Pat. habe einmal ein Ulcus gehabt, keine Allgemeinerscheinungen; unter Jodgebrauch habe er sich in letzter Zeit leidlich wohl gefühlt.

2. Dr. Mey stellt ein $2\frac{1}{2}$-jähriges Kind vor mit angeborener Pulmonalstenose. Der Fall sei insofern interessant, als das Kind wegen atrophischer Erscheinungen wiederholt ärztlich untersucht und behandelt wurde, ohne dass der Herzfehler entdeckt worden sei. Auch ihm sei dies erst bei wiederholter Untersuchung gelungen.

Dr. Hampeln bemerkt, dass das Geräusch am Rücken nicht hörbar sei; Abwesenheit des Geräusches am Rücken könne aber auch für Offenbleiben des Septum ventriculorum verwerthet werden.

Dr. Mey: Für seine Diagnose scheine ihm das Fremissement und die Fortpflanzung des Geräusches in die Carotiden zu sprechen.

3. Dr. P. Klemm hält den angekündigten Vortrag über «trophoneurotische Gelenkleiden». (Erscheint im Druck).

Dr. A. v. Bergmann: Im Allgemeinen mit den vom Vortr. geltend gemachten Gesichtspunkten übereinstimmend, müsse er Ausstellungen machen an der Verquickung der leprösen Gelenkaffectionen mit denen der Syringomyelie und der Tabes. Dieselbe erscheine ihm verfrüht und nicht genügend begründet. Die Lepra als von der Haut ausgehend aufzufassen sei ebensowenig thunlich, wie dies bei der Syphilis etc. möglich sei. Es handle sich eben um eine Infection, die blos hauptsächlich und zuerst in der Haut sich manifestire. Die Erkrankungen der Knochen und Gelenke bei der Lepra dürften, nachdem Sawtschikow auch hier positive Bacillenbefunde gehabt, nicht als rein trophische Störungen aufgefasst werden. Sie unterschieden sich auch darin von den Gelenkaffectionen der Syringomyelitiker und Tabiker, dass sie nur sehr selten die grossen Gelenke beträfen. Er könne sich nur eines Falles einer Affection des Handgelenks bei Lepra erinnern. Hier habe das Gelenk ganz den Eindruck eines tuberculösen gemacht und sei nur, weil anderweitige Erscheinungen gegen Tuberculose sprachen, eine lepröse Affection angenommen worden.

Dr. Ed. Schwarz erklärt seine Uebereinstimmung mit dem Bestreben des Vortr., die Erscheinungen möglich aus dem Bekannten heraus, ohne Zuhülfenahme hypothetischer, anatomisch nicht nachweisbarer Organsysteme zu erklären, doch hebt er bezüglich der trophischen Fasern hervor, dass die Existenz derselben, wenn sie auch nicht sicher nachgewiesen sei, doch durch die bekannten Joseph'schen Versuche (Exstirpation des II Intervertebralganglions — Auftreten trophischer Störungen ohne vasomotorische Erscheinungen) in hohem Grade wahrscheinlich gemacht werden. Auch für die Erklärung der Gelenkveränderungen bei Tabes sei die Annahme trophischer Nerveneinflüsse nicht fallen zu lassen. Wenn auch bei derselben periphere Erscheinungen häufig und oft sehr früh auftreten, so könne er sich mit der Leyden'schen Theorie der Tabes, die bekanntlich einen stets peripheren Ursprung derselben urgire nicht einverstanden erklären. Die Initialsymptome können bei der Tabes so mannigfaltige sein, wie bei keiner anderen Krankheit: Sensible Störungen können ganz fehlen, daher existire keine zwingende Nothwendigkeit für die Annahme eines peripheren Beginnens der Tabes. Es kämen auch Fälle vor, in denen lediglich Sensibilitätsstörungen sicher centraler Natur vorhanden seien.

Störungen, die nur durch trophische Einflüsse zu erklären seien, würden bei Läsionen des Gehirns besonders nach gewissen Hemiplegien beobachtet. Für die Existenz trophischer Nerveneinflüsse spräche auch die bisher unbestrittene Thatsache, dass für die trophische Integrität des Muskels dessen Zusammenhang mit den Vorderhornganglien nothwendig sei; für diese Thatsache habe die Syringomyelie werthvolle Belege geliefert.

Dr. Tiling räumt die Unsicherheit der Lehre von den trophischen Nervenfasern ein, betont jedoch, dass ein Einfluss centraler Organe auf die trophischen Vorgänge doch durch zahlreiche Thatsachen nahegelegt sei. So z. B. durch die Beobachtungen bei der Poliomyelitis anterior acuta, besonders aber bei der allgemeinen progressiven Paralyse, wo ein ganzes Heer trophischer Störungen, wie die Knochenbrüche, der Decubitus, das Othämatom, durch nichts erklärbare Temperaturschwankungen etc. überaus häufig beobachtet werden.

Dr. Miram wirft die Frage auf, ob die scheinbare Immunität der Geisteskranken gegen Sepsis etwa auch trophischen Einflüssen zuzuschreiben sei?

Dr. Tiling: Es scheine ihm nicht unmöglich, unter Umständen auch an trophische Störungen im Sinne einer Hyperfunction zu denken, die eventuell derartige Beobachtungen erklären könnten.

Dr. P. Klemm: Die Joseph'schen Versuche seien nicht beweisend für die Existenz trophischer Nerven, nachdem die Untersuchungen von Ramon y Cajal, Kölliker, Golgi die Endigung der sensiblen Fasern im Intervertebralganglion nachgewiesen haben.

4. Dr. Gerich demonstrirt eine Placenta succenturiata.

5. Dr. Thilo stellt seinen Pat. mit Patellarfractur (cf. Sitzung vom 19. März a. c.) zum zweiten Male vor. Bei der ersten Vorstellung konnte der Kranke in Folge der Verwachsungen des M. quadriceps mit dem Femur nur sehr unbedeutende Bewegungen ausführen, denn die Patella wurde bei Contraction des Quadriceps nicht verschoben. Nach einigen Wochen seien diese Verwachsungen gelöst gewesen, so dass jetzt Kniebeugung bis zum rechten Winkel möglich sei. Hauptsächlich sei das Resultat erreicht worden durch Bewegungen mit den Thilo'schen Rollenzügen, die der Kranke 2 mal täglich in seiner Wohnung ausführte und so mit eigener Hand sein Knie wieder beweglich machte.

Der Verlauf war kurz recapitulirt folgender: Fractur der Patella am 2. Februar, 2 Tage Watteverband, hierauf Filzdruckverband nach Thilo, Hochlagerung, Massage, passive Bewegung des in einer Drahtschiene in Streckstellung gelagerten Beines. Die Streckung wurde durch eine Lederkappe, mit einem Loch für die Patella in der Mitte, erhalten. Vom 16. Tage an ging der Kranke mit dieser Schiene zur Arbeit (Clavierbauer) und stieg dabei täglich einige Treppen. Vom 10. Tage nach der Verletzung ab passive Bewegungen und Widerstandsbewegungen. Die Bruchhälften der Patella liegen hart aneinander, keine knöcherne Verwachsung, Leistungsfähigkeit des Knie's links wie rechts.

Dr. H. Schwartz
d. Z Secr.

Vermischtes.

— In St. Petersburg ist eine ophthalmologische Gesellschaft ins Leben getreten, deren Gründer den ehemaligen Professor der militär-medicinischen Academie Dr. W. Dobrowolski zum Präsidenten der Gesellschaft, Prof. Dr. L. Belljarminow zum Vicepräsidenten, die DDr. Gagarin und Ssergiew zu Secretären Dr. E. Blessig zum Cassirer und Dr. Th. v. Schroeder zum Bibliothekar gewählt haben.

— Die Russische chirurgische Pirogow-Gesellschaft hat den Kriegsminister Wannowski, den Finanzminister Witte, den Chef der militär-medic. Academie Prof. Dr. Paschutin, den ehemaligen Professor der Chirurgie an der Academie Dr. J. Karpinski, den Professor Dr. Leshaft, das beständige Mitglied des milit.-med. gelehrten Comitées Dr. F. J. Piotrowski und den Hofarzt P. S. Tschertorojew zu Ehrenmitgliedern gewählt.
(Russ. Invalid. — Wr.)

— Der Privatdocent der mil.-med. Academie Dr. J. Selenew ist zum ausserordentlichen Professor der Syphilidologie und Dermatologie an der Charkower Universität ernannt worden.

— Dr. Gendre hat sich mit Genehmigung der Conferenz der mil.-med. Academie als Privatdocent für Physiologie an der genannten Academie habilitirt.

— Der Professor der Gynäkologie an der mil.-med. Academie Dr. Lebedew hat sich vor einigen Wochen bei einer Operation durch Verletzung eines Fingers eine Phlegmone zugezogen. Nach Eröffnung des Abscesses, welcher sich in Folge der Infection gebildet hatte, ist eine erfreuliche Besserung eingetreten.

— Verstorben: 1) Am 24. October Dr. Nikolai Kleinenberg in Palermo, wo er als Professor der vergleichenden Anatomie an der Universität gewirkt hat. In Kurland am 11. März 1842 geboren, bezog er 1861 die Universität Dorpat, an welcher er sich dem Studium der Medicin bis 1867 widmete, worauf er seine Studien in Jena fortsetzte. Nach Erlangung der medicinischen Doctorwürde in Jena (1871), wurde K. 1872 Leiter des Laboratoriums der zoologischen Station in Neapel. Von 1875—78 beschäftigte er sich mit wissenschaftlichen Studien auf der Insel Ischia und wurde 1879 zum Professor der Zoologie und Entwickelungsgeschichte in Messina ernannt, von wo er später nach Palermo berufen wurde. Die Wissenschaft verliert in ihm einen hervorragenden Forscher, die Heimath und seine Freunde einen treuen Sohn und Freund.— 2) In Kalisch der freiprakticirende Arzt Dr. Alex. Hindemith im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kalisch und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er mit Unterbrechung von 1856—64 studirte. Nach kurzer Praxis in Sharki (Gouv. Petrikau) liess H. sich als freipracticirender Arzt in Kalisch nieder, wo er einige Zeit auch als Arzt am Gefängniss-Hospital fungirte. — 3) Am 31. October in St. Petersburg der hiesige Arzt. wirkl. Staatsrath Dr. Theodor Otto Boethelt. im soeben vollendeten 81. Lebensjahre. 4) Am 1. November der Oberarzt des Moskauer Findelhauses, wirklicher Staatsrath Dr. Nikolai Müller, 50 Jahre alt, in Jalta, wo er Linderung für sein Herzleiden suchte. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er auch 1869 den Arztgrad und 1875 die med. Doctorwürde erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er am Moskauer Findelhause, habilitirte sich dann 1875 als Privatdocent für Kinderkrankheiten an der Universität, erhielt 1882 die Oberarztstelle am Moskauschen Nikolai-Waiseninstitut und wurde 1885 zum Oberarzt des Findelhauses ernannt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Trotz seiner vielfachen dienstlichen Beschäftigungen und einer ausgebreiteten Praxis fand der Verstorbene noch Zeit zur Theilnahme an der Thätigkeit wissenschaftlicher Vereine (er war z. B. seit Jahren Präsident der Gesellschaft russ. Aerzte) und zu einer regen literärischen Thätigkeit. Aus der Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten heben wir hier nur hervor: eine «Anatomie und Physiologie des kindlichen Organismus» «Jahresberichte» des Findelhauses, sowie seine letzte grössere Publication «Ueber die Pockenimpfung», für welche er in diesem Jahre gelegentlich der Centenarfeier der Pockenimpfung von der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit die goldene Medaille erhielt.

— Nach dem vor Kurzem erschienenen Personal-Verzeichniss der Universität Jurjew zählt das Lehrpersonal gegenwärtig im Ganzen 77 Lehrkräfte, von denen 42 Doctoren, 24 Magister und 9 Magistranden sind, während 2 keinen gelehrten Grad besitzen. Was den Bestand der Studirenden betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass in diesem Semester die Aufnahme einer grossen Zahl (ca. 150) ehemaliger Zöglinge geistlicher Seminarien stattgefunden hat, so dass, nach Hinzurechnung der bereits im vorigen Jahre angenommenen 40 Seminaristen; die Zahl dieser ohne Maturitätszeugniss immatriculirten Seminaristen allein gegen 200 beträgt. Mit den Seminaristen zusammen beziffert sich die Zahl der Studirenden gegenwärtig auf 1098 (gegen 932 im Vorjahre), von denen 582 der medicinischen Facultät angehören. Die Zahl der Pharmaceuten beläuft sich auf 345 (gegen 293 im Vorjahre) von denen 248 aus dem Reichsinnern stammen (gegen 193 i. V.) und fast die Hälfte, nämlich 162, mosaischer Confession ist. Die Gesammtzahl der Studirenden mosaischen Bekenntnisses (mit Einschluss der hierher gehörigen Pharmaceuten) beträgt 382 oder 26,4% aller Studirenden.

— Die Sammlung der Arbeiten des XII. internationalen Congresses in Moskau ist von dem Comitée bereits so weit zusammengestellt, dass der Druck derselben in diesen Tagen hat beginnen können. Dieselbe wird voraussichtlich 300 Druckbogen umfassen. Die Berichte und Referate werden vorherrschend in den drei Sprachen — französisch, deutsch und englisch, — in welcher sie zum Vortrag gelangten, erscheinen, in russischer Sprache dagegen nur eine beschränkte Zahl von Referaten. Hoffentlich bringt die Sammlung nachträglich auch das Verzeichniss der Congressmitglieder, welches während der Congresszeit so schwer vermisst wurde.

— Dem Professor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. M. J. Afanasjew, ist es gestattet worden, die unter seiner Redaction hierselbst erscheinenden medicinischen Journäle «Терапевтическій Вѣстникъ» (Therapeutischer Bote) und «Современная медицина и гигіена» (Zeitgenössische Medicin und Hygiene) künftig zwei Mal wöchentlich herauszugeben.

— Wie aus Berlin berichtet wird, wandte sich Prof. v. Leyden neulich in seiner Klinik mit der Bitte an die Studirenden, einer Aerztin aus Oesterreich, die sich an den klinischen Beschäftigungen betheiligen würde, freundliches Entgegenkommen zu zeigen. Es ist dies der erste Fall an der Berliner Universität, dass eine Dame als Praktikantin einer Klinik zugelassen wurde.

— Wie die «Düna-Ztg.» erfährt, ist die Frage der Errichtung einer Central-Irrenanstalt für Livland wiederum in Erwägung gezogen.

— Nach einer Zusammenstellung Dr. W. Grebentschikow's wurden in Russland vom Mai 1895 bis zum Mai 1897 im Ganzen 1200 Lepröse gezählt, und zwar 633 Männer und 567 Frauen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Nov. d. J. 7984 (149 mehr als in d. Vorw.), darunter 613 Typhus — (4 mehr), 919 Syphilis — (84 mehr), 188 Scharlach — (21 mehr.), 226 Diphtherie, — (33 wen.), 36 Masern — (2 mehr.) und 26 Pockenkranke — (8 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Oct. bis 1. Nov. 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
294	232	526	95	33	82	20	14	18	65	50	44	32	44	24	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 4, Scharlach 19, Diphtherie 44, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 5, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 11, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 31.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 11. November 1897.

Tagesordnung: Dr. Th. Dobbert: Ueber Laparotomie wegen entzündlicher Erkrankungen der Uterusadnexe.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. November 1897.

Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber den angeborenen Hirnbruch.

Дозв. ценз. Спб. 8 Ноября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat)

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 15. (27.) November **1897**

Ueber den Kehlkopfkrebs und seine Behandlung.

Von

Dr. A. v. Bergmann.

(Vortrag, gehalten auf der Schlusssitzung des 75. Gesellschaftsjahres der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga).

M. H.! In wenigen Tagen tritt unsere Gesellschaft nach 75-jährigem Bestehen in das letzte Vierteljahrhundert, das ihr noch zur Säcularfeier ihres Bestehens fehlt.

Solche Zeitpunkte sind besonders dazu angethan Rückschau zu halten über das, was wir gearbeitet, um kritisch zu beleuchten was wir errungen, aber auch was wir versehen und worin wir gefehlt haben.

Durch eine solche Kritik des in der Vergangenheit Abgeschlossenen erringen wir eine gute Basis, eventuell auch neue Gesichtspunkte für weitere Arbeit, sei es dass es uns selbst vergönnt ist diese zu fördern, oder dass die neue Generation daran anknüpft was wir begonnen.

Von diesem Gesichtspunkte aus gestatten Sie mir Ihnen aus meiner 15-jährigen Praxis hier in Riga einen kurzen Rückblick über das zu geben, was ich auf dem Gebiet der Larynxchirurgie erlebt.

Vor 12 Jahren konnte ich Ihnen die erste in Riga mit Erfolg ausgeführte Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom vorstellen und kann heute Ihnen vier solcher Fälle vorführen.

Fall I. ist derselbe, den ich Ihnen vor 12 Jahren zum ersten Mal gezeigt. Der Patient ist definitiv geheilt und ist die ganze Zeit über in seinem Beruf als Hausknecht unermüdlich thätig gewesen. Aus seiner damals in der Petersb. med. W. 1885 Nr. 26 veröffentlichten Krankengeschichte recapitulire ich kurz Folgendes:

Pat. damals 46 Jahr alt — wurde am 4. Februar 1885 wegen hochgradiger Athemnoth tracheotomirt. Am 18. Februar totale Larynxexstirpation nachdem vorher durch endolaryngeale Entnahme eines Stückes des Tumors die Diagnose auch mikroskopisch festgestellt worden war.

Bereits am 1. März war Pat. im Stande Brei spontan zu schlucken, am 30. März konnte Patient auch Flüssigkeiten sich einverleiben, ohne dass etwas davon zur Trachealfistel hinaustrat.

Am 4. April Entlassung mit einem Foulisschen Apparat. Die Versuche mit dem Phonationsapparat scheiterten an der Abneigung des Pat. gegen diese Belästigungen.

Er ist mit der Flüsterstimme vollkommen zufrieden.

Fall II. J. M. 30 Jahr alt, Müller, ist am 26. Feb. 1896 also vor 1½ Jahren operirt worden.

Am 11. Jan. 1896 trat er in meine Abtheilung mit der Angabe, dass er seit ca. 1 Jahr eine langsam zunehmende Heiserkeit bemerkt habe und dass seit 2 Monaten eine stetig sich verschlimmernde Athemnoth hinzugekommen sei.

Er habe von Klein auf gehustet, habe Morg. zuweilen Auswurf, jedoch ohne Beimengung von Blut oder Eiter gehabt. Nachtschweisse seien nie gewesen.

Status. Der gracile, mittelgrosse Mann ist blass, mager und hat einen leidenden deprimirten Gesichtsausdruck, er ist vollkommen heiser und athmet stark dyspnoisch.

Seine Supraclaviculargruben sind eingesunken, perkutorisch lässt sich jedoch keine Dämpfung nachweisen, auskultatorisch ist, soweit beim lauten Stridor bestimmbar, gleichfalls nichts Pathologisches nachweisbar.

Ausser mässig geschwellten Inguinaldrüsen bestehen keine Drüsenschwellungen, weder Pigmentirungen noch Narben deuten auf acquirirte Lues, welche auch vom Pat. auf's Stricteste in Abrede gestellt wird.

Laryngoskopisch wird ein Tumor constatirt, der an seiner Oberfläche zerfallen, die linke Larynxhälfte einnimmt, welche unbeweglich ist, oder nur in minimalen Grenzen Bewegungen erkennen lässt. Die linke ary-epiglottische Falte ist ödematös.

Es wird unter Cocainanästhesie die sofortige Tracheotomie ausgeführt.

26. Februar Laryngofission, dabei stösst man vor dem Schildknorpel auf ein breites Lager von Käse. Nach der Spaltung des Schildknorpels findet man die Kehlkopfschleimhaut linkerseits in eine mit höckerigen weichen Zotten bestandene Fläche verwandelt, die sich scharf von der normal aussehenden Schleimhaut der rechten Kehlkopfhälfte abgrenzt. Ein Fistelgang führt unter der linken Schildknorpelplatte in das Käselager. Dieser Befund machte mich in der Diagnose schwankend, welche trotz des jugendlichen Alters des Pat. auf Carcinom lautete. Ich konnte mich zu der beabsichtigten Exstirpation nicht entschliessen, sondern entfernte mit dem scharfen Löffel die Käsemassen und schabte die weichen Zotten sorgfältig ab, worauf die Wundfläche mit Jodoform versorgt und mit Gaze tamponirt wurde. Darüber erfolgte die Naht der Wunde.

Am 30. Feb. wurde der Tampon entfernt, die Trachealkanüle durch eine Dupuis'sche Schornsteinkanüle ersetzt. Am 2. Februar erfolgte das Decanülement. Darauf athmet Pat. ganz

frei volle zwei Wochen lang, erst vom 21. Februar wird die Respiration schwerer und zeigt der Kehlkopfspiegel, dass die linke Kehlkopfhälfte wieder unbeweglich geworden, das Larynxlumen wiederum stark verengt sei.

Inzwischen hatte die mikroskopische Untersuchung ergeben, dass die fragliche Affection unzweifelhaft Carcinom sei.

Am 26. Februar erfolgte daher die Exstirpation, bei der nach Resection des Zungenbeins die Epiglottis bis auf einen kleinen Rest mit dem Larynx zusammen herausgenommen wurde. Nach unten erfolgte die Auslösung am 3. Trachealring, die linke Schilddrüse sowie eine Schicht des linken M. sterno-thyr. und thyr.-hyoideus wurden ebenfalls mitentfernt.

Es gelang durch die Naht, den Pharynx zu schliessen. Die Trachea wurde durch ein paar kräftige Nähte an den Wundrändern fixirt und über der Trachealkanüle reichlich tamponirt. Der obere Theil der Hautwunde wurde über dem Tampon genäht.

Bereits am Abend des 27. Februar schluckte Pat. selbst und hielt die Naht des Pharynx dicht, allein schon am 2. März musste zur Sondenfütterung übergegangen werden, weil sich doch eine Fistel etablirt hatte, die jegliche Speise nach aussen treten liess. Die Fistel hielt sich in bescheidenen Grenzen, denn schon am 15. März konnte Patient wiederum Brei und compacte Nahrung selbst schlucken. Bei seiner Entlassung am 24. April hatte Pat. einen künstlichen Kehlkopf, zunächst noch ohne Phonationsapparat, dessen Larynxschenkel jedoch die Pharynxfistel nicht so fest abschloss, dass Pat. Flüssigkeit unbehindert schlucken konnte. von einem Glase Wasser verlor er ca. 1 Theelöffel voll durch die Fistel.

Dieser Uebelstand ist auch bis jetzt nicht beseitigt, obgleich Pat. sich vom 2—14. Sept. und 23—30. Decemb. in der Abtheilung befunden und ich durch Nachoperationen den Larynxkanal plastisch zu verlängern und zu verengen gesucht habe. Pat. hat in letzter Zeit versucht durch immer dickere Kanülen den Verschluss zu erzielen, hat damit aber nur eine stärkere Ausweitung der Fistel zu Wege gebracht, so dass noch ein Modus gefunden werden muss, der dem bisher recidivfreien und sonst wesentlich sich gekräftigt habenden Mann dieses lästige Uebel beseitigt und die Fistel definitiv dicht macht.

Fall III. G. S. 60 Jahr alt, Böttcher, wurde am 30. Oct. in die chirurg. Abtheilung aufgenommen. Er gab an seit dem Juli 1896 Heiserkeit und Schluckbeschwerden zu haben. Luetisch sei er nie gewesen, von seinen 7 Kindern sind 6 gestorben, nur eine Tochter lebt. Die Frau hat gehustet jedoch ohne Auswurf, sie ist gestorben.

Status: Graciler Mann unter Mittelgrösse, hager. Pat. ist völlig heiser. Seine Supraclavikulargruben sind eingesunken. Das Athmen in den oberen Lungenpartien ist auffallend leise. Im Sputum werden jedoch Tuberkelbacillen nicht gefunden. Der Herzbefund ist normal. Urin eiweissfrei.

Es bestehen weder Drüsenschwellungen noch Narben oder Knochenauftreibungen.

Laryngosk. lässt sich ein zerklüfteter warziger Tumor constatiren, der vorwiegend das linke Taschenband zum Sitz hat, sich bis auf die Epiglottis hinauf erstreckt, wo er mit einem scharfen Wall absetzt, dann aber nach unten das Stimmband in sich begreift und bis in die Subchordalregion reicht.

Man gewinnt den Eindruck als reiche die Infiltrationszone des Tumors nach rechts hinüber. Die linke Kehlkopfhälfte ist unbeweglich.

8. Oct. Larynxexstirpation im Zusammenhang mit der Epiglottis, nach vorhergehender Resection des Zungenbeines. Die cart. cricoidea wird mit entfernt.

Es gelingt bis auf eine fingerkuppengrosse Oeffnung den Pharynx durch die Naht zu schliessen. Im Uebrigen erfolgt die Wundversorgung wie im vorigen Fall.

Pat. wird von vornherein nur durch die Sonde gefüttert.

16. Oct. Nach Entfernung der Nähte ist die Fistelöffnung doch noch grösser geworden.

25. Oct. Wird durch Plastik ein Larynxtunnel gebildet, so zwar dass durch Umschneidung und Abpräpariren eines medialen Streifens Haut, an der oberen Hälfte der Wunde ein Cylindermantel gebildet wird, dessen freie Flächen in der Mitte durch feine Seidensuturen vereinigt werden. Der Narbensaum plus dem medialen Hautstreifen sieht nun nach innen, über der nach aussen gekehrten Wundfläche erfolgt die Vereinigung des zu diesem Zweck eventuell leicht zu unterminirenden lateralen Hautwundrandes.

29. Oct. Pat. ist im Stande Reis- und Mannabrei selbst zu schlucken, jedoch wird noch einen ganzen Monat lang die Sondenfütterung für die Incorporirung von Flüssigkeiten angewandt. Vom 1. Dec. ab schluckt Pat. auch Flüssigkeiten ungehindert.

Pat. verbleibt noch zwei Monate in der Abtheilung, einerseits weil der künstliche Kehlkopf nicht rechtzeitig fertig wurde, andererseits weil ein sehr quälendes Eczem um die Fistelöffnung am Halse und im Innern des neugebildeten Larynxtunnels hartnäckig der Therapie Widerstand leistete.

Pat. ist bisher recidivfrei, er verschmäht den Phonationsapparat.

Fall IV. K. H. 45 a. n., Schornsteinfeger, wird am 21. März 1897 in die chir. Abtheilung aufgenommen. Er hat seit Weihnachten 1896 Schmerzen im Halse. Stechen beim Schlucken und zuweilen etwas Blutbeimengung im Auswurf bemerkt. In der letzten Zeit hat er stark an Körpergewicht verloren. Pat. ist Raucher, mässiger Trinker, hat vor Jahren eine Gonorrhoe, jedoch nie Lues gehabt. Pat. ist längere Zeit ambulatorisch behandelt worden, da seine Larynxaffection für eine luetische gehalten wurde, mit der sie die allergrösste Aehnlichkeit hatte (scharfer Rand der flachen Ulceration, wie mit dem Locheisen ausgeschlagener Defect in der Epiglottis.)

Status. Der kräftige, über mittelgrosse Mann ist abgemagert, sieht kachectisch aus, die Haut ist trocken und welk. Die Clavikulargruben sind vertieft. Der Lungenbefund ist jedoch normal, ebenso das Herz. Der Urin enthält Eiweiss und reichlich Indikan.

Im Sputum sind keine Tuberkelbacillen aber mehrere auffallend grosse pigmentirte Plattenepithelzellen zu constatiren.

Laryngosk. lässt sich eine auffallend geringe Beweglichkeit der r. Larynxhältfe constatiren. Von der Epiglottis, deren rechte Hälfte zerstört ist und fehlt, erstreckt sich eine Ulcerationsfläche abwärts, der Grund derselben ist erhaben. Ihre untere Grenze ist nicht mit Sicherheit zu constatiren. Das rechte Stimmband ist nicht zu sehen.

Der Defect in der Epiglottis ist nicht mehr scharfrandig, sondern von granulären Excrescenzen überwuchert.

25. März. Larynxexstirpation. In den Schnitt fällt eine harte vergrösserte Lymphdrüse an der Incisura thyreoidea. Nach Resection des Zungenbeins wird der Larynx mit der Epiglottis ausgelöst, welche letztere weit in der gesunden Pharynxschleimhaut umschnitten wird. Das Carcinom begreift das rechte Stimmband in sich. Es wird die cart. cricoidea mit ausgelöst. Der Defect in der Pharynxschleimhaut wird soweit möglich durch die Naht geschlossen, oben, wo solches nicht möglich, wird die Schleimhaut mit der äusseren Haut vernäht und hier eine Schlundsonde eingelegt. Die Trachea wird durch kräftige Suturen an den Wundrand fixirt, zwischen Tracheal- und Pharynxfistel bleibt so ein 5 Ctm. langes Spatium, das durch Gaze tamponirt wird.

31. März. Die Pharynxnaht hat nur zum Theil gehalten die Schlundsonde, welche bis heute gelegen wird fortgelassen und jedes Mal behufs Nahrungsaufnahme per os eingeführt was Pat. geschickt und willig selbst zu thun lernt.

9. April. Tunnellirung jenes Spatium zwischen Tracheal- und Pharynxfistel in der Weise, wie das bei Fall III beschrieben worden.

25. April. Pat. erhält den Wolff'schen künstlichen Kehlkopf, mit dem er gut spricht, doch verwirft er den Phonationsapparat, als die freie Athmung zu sehr behindernd.

Seit dem 15. Mai schluckt Pat. Flüssigkeiten ohne dass etwas an der Kanüle vorüberläuft.

M. H.! In allen diesen Fällen habe ich die Exstirpation nach vorausgeschickter Spaltung des Larynx gemacht, um mich durch unmittelbare Ocularinspection über den Character und die Ausbreitung der Neubildung zu vergewissern.

Den Abschluss der Trachea bewerkstellige ich durch Wattebäuschchen, welche mit langen Fäden armirt, sorgfältig um die Kanüle herum das Tracheallumen fest ausfüllen müssen. Während der Operation wird nur ein fensterloses inneres Rohr einer starken und längeren Kanüle in Anwendung gebracht, welches durch die Hand eines Assistenten gehalten werden muss. Die Controlle und Erneuerung der Tampons ist einfach, ein Hinabgleiten derselben in die Trachea durch die langen Fäden unmöglich. Ich habe mich weder zur Ballon- noch zur Pressschwamm- oder Jodoformgaze-Kanüle entschliessen können, weil diese insufficient werden können und so eine mehr oder weniger grosse Menge Blut die Trachea hinabrinnen kann, ehe der Operateur Solches merkt. Es existiren über solche Vorkommnisse mehrfach Mittheilungen.

Nach Spaltung des Larynx führe ich sofort einen möglichst grossen mit 10% Cocainlösung getränkten Wattebausch durch den Larynx in den Pharynx, der mit einem starken Faden armirte Bausch bleibt während der Dauer der Operation liegen. Es wird dadurch der so sehr leicht auslösbare Reflexhusten wesentlich abgeschwächt resp. sogar gänzlich vermieden.

Die von verschiedenen Autoren empfohlene Naht des nach der Exstirpation bleibenden Defects im Pharynx halte ich für sehr wichtig, wenngleich es wohl nur ausnahmsweise gelingen wird den ganzen Defect schliessen zu können. Noch seltener wird dieser Verschluss ein definitiver sein, allein es ist schon viel gewonnen, wenn der mitunter sehr abundante Schleim- und Speichelstrom sich erst dann durch die Fistel nach aussen zu ergiessen beginnt, wenn all die eröffneten Gewebsspalten bereits verklebt und die Wundheilung mehr vorgeschritten ist.

Pat. II hatte die 4 ersten Tage nach der Operation sogar gänzlich von der Sondenfütterung Abstand nehmen können.

Was endlich die Wahl des künstlichen Kehlkopfs anbetrifft, so ist dem Wolff'schen Apparat der Vorzug gegeben worden, weil sein Phonationsapparat die vollkommenste Leistung bisher darstellt, allein auch hier ist ein Unreinwerden der Stimme durch eindringenden Schleim nicht ausgeschlossen und die Respirationsbehinderung durch den Apparat ist so evident, dass die Kranken sämmtliche ihn zurückgewiesen haben und die Flüstersprache bei völlig unbehindertem Respirationsstrom vorziehen.

Schliesslich hätte ich hinzuzufügen, dass bei der Methode den Larynxdefect in oben beschriebener Weise durch eingeklappte Haut plastisch auszugleichen, es nicht vermieden werden kann, dass Haare aus der Trachealfistel vorwachsen, sie scheinen keinen besonderen Reiz auszuüben und lassen sich durch Epilation entfernen.

M. H. Für den praktischen Arzt ist in Betreff des Kehlkopfkrebses die wichtigste Frage: welche Chancen hat der sich der Operation unterziehende Kranke? Sind die Erfolge der Operation im Allgemeinen derartige, dass man dem Kranken die Operation unbedingt empfehlen muss? Oder — sind das Risiko, welches er bei der Operation läuft zusammen mit der Wahrscheinlichkeit des baldigen Recidivs gross genug, um ein ablehnendes oder ein indifferentes Verhalten der Operationsfrage gegenüber gerechtfertigt erscheinen zu lassen? — Man hat die Antwort auf diese Fragen in der Statistik gesucht, ohne jedoch zu einem unbestrittenen Resultat zu gelangen. Die Statistik Mackenzie's ist zwar vor dem allgemein erhobenen Vorwurf nicht zu schützen, dass sie durchaus tendenziös zusammengestellt, eine Rechtfertigung für das Verhalten bieten sollte, welches Mackenzie beobachtete, während jener Krankheit des Kaisers Friedrich, die die ärztliche und Laienwelt ein Jahr hindurch auf's Tiefste bewegte. Jedoch nachdem Wassermann in einer sehr eingehend und sorgfältig zusammengestellten Statistik Mackenzie widerlegt, ihm seine falsa nachgewiesen und die Berechtigung des operativen Eingriffs beim Larynxcarcinom rehabilitirt hatte, erschien 1891 wiederum eine derart pessimistisch gehaltene statistische Zusammenstellung der operirten Fälle — die Statistik von Tauber — dass man den Eindruck gewinnen konnte, wir seien noch nicht gar zu weit von dem Standpunkt Paul Koch's vorgerückt, der 1881 erklärte, bei der Larynxexstirpation besteht die grösseste Kunst des Chirurgen darin, den Kranken noch lebend vom Tisch zu bekommen. Die Reihe der Statistiken von Semon, Scheier, Kraus, Hansberg[1]) schliesst als jüngste die von Sendziak, welcher sich wiederum ganz auf den Standpunkt Wassermann's stellt und für die Operation plaidirt.

[1]) Die Arbeit von Graf — über dauernde Heilung nach Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom. — Langenb. Arch. Bd. 55, pag. 399 giebt keine allgemeine statistische Zusammenstellung, sondern befolgt das für die Praxis wichtigere Princip einen Ueberblick über sämmtliche Operationsfälle einer abgeschlossenen Gruppe zu bringen. Es handelt sich hier um 48 auf der königl. chir. Klinik zu Berlin Operirte.

Sie sehen, es handelt sich um nahezu das gleiche statistische Material und doch divergiren die Ansichten derer, die dieses Material bearbeiten vollkommen.

Lassen wir, wie gesagt, Mackenzie auch nicht weiter in Betracht kommen, so muss doch der Pessimismus Tauber's auffallen, welcher dem Kampf der Meinungen bei der Behandlung des Kaisers Friedrich gänzlich fernstehend, allem Anschein nach durch keinerlei susbjective Beweggründe veranlasst wurde der Larynxexstirpation die Berechtigung abzusprechen.

Und was ist nun das Ergebniss der Sendziak'schen Sammelforschung — er berechnet die Zahl der dauernd durch die Operation Geheilten im Durchschnitt für alle Operationsmethoden auf etwas über 8 pCt.

Angenommen, dass diese Zahl thatsächlich den richtigen Ausdruck für die Chancen darstellt, welche der zu Operirende auf Genesung hat, lohnt es dann die Operation zu befürworten?

Man vergegenwärtige sich — auf 8 Geheilte kämen 92 Menschen welche einer qualvollen Behandlung unterworfen wurden, um innerhalb mehr oder weniger kurzer Zeit doch dem Leiden zu erliegen, dessen Schrecken sie zur Entscheidung für die Operation getrieben! — Nun, factisch liegen aber die Dinge doch nicht so, wie es einen die nackten statistischen Zahlen glauben machen könnten.

Ich hoffe das Ihnen an dem mir zu Gebote stehenden Material illustriren zu können.

Meine erste Larynxexstirpation war eine auf falscher Diagnose beruhende, es handelte sich um eine tuberculöse Granulationsgeschwulst im Larynx — der Kranke starb. Die zweite Larynxexstirpation betrifft den Ihnen vorgestellten Kranken Nr. I. Dann folgt eine partielle Larynxexstirpation, hier machte die Differentialdiagnose grosse Schwierigkeiten, da Lues mit im Spiel war und sogar die pathologisch-anatomische Diagnose anfänglich Perichondritis lautete. Als die Natur des Leidens klar war, sollte sofort die totale Exstirpation vorgenommen werden, jedoch ging Pat. auf diesen Eingriff nicht ein und ist einige Monate später seinem Leiden erlegen.

Von den weiteren 4 Totalexstirpationen haben Sie 3 soeben gesehen, einer ist im Anschluss an den Eingriff — offenbar einer Phlegmone des Mediastinums — erlegen. Eine Section wurde leider nicht gestattet. Eine 2. partielle Exstirpation endete am 6. Tage nach der Operation unter den Anzeichen einer Pneumonie, nachdem die ersten Tage Alles gut gegangen war. Die Section ergab keine Pneumonie, sondern nur Lungenödem und Veränderungen am Herzen: schlaffer, mürber, weicher Herzmuskel und hochgradige Imbibition der Klappen und des Endokards.

Ein 3. Fall von partieller Exstirpation endete 2 Monate nach der Operation an einem Lungenabscess.

Nur ein Fall kam in einem so frühen Stadium zur Operation, dass ich mich blos mit der Spaltung des Larynx und der Exstirpation des Stimmbandcarcinoms begnügen konnte. Der Pat. — ein alter General — ist noch heute $4^3/_4$ Jahr nach der Operation recidivfrei.

Endlich kommen noch zwei Fälle dazu, von denen einer — ein Pharynxcarcinom, das auf den Larynx überzugreifen im Begriff stand — am 7. Tage nach dem Eingriff einer septischen Pneumonie erlag.

Der 2. ein Epiglottiscarcinom, das bis an die Zunge sich ausgebreitet hatte, ist vor Kurzem aus der Behandlung entlassen und somit in die Kategorie der relativ geheilten Fälle getreten.

Resumiren wir kurz, so ist von 5 totalen Larynxexstirpationen wegen Carcinom einer gestorben.

1 totale Larynxexstirpation bei Tuberculose endete gleichfalls letal.

Von 3 partiellen Larynxexstirpationen starb 1 im unmittelbaren Anschluss an die Operation.

Der 2. Fall ging am Recidiv zu Grunde wegen ungenügender Operation.

Der 3. Fall wäre gleichfalls besser einer totalen Exstirpation unterworfen worden.

1 Laryngotomie ist definitiv geheilt.

1 Pharynxcarcinom ist gestorben.

In Betreff des letzten geheilt entlassenen Falles kann man verschiedener Ansicht darüber sein, ob man ihn zu den partiellen Larynxexstirpationen oder — meiner Meinung nach — richtiger zu den Pharynxcarcinomen stellen soll.

Diese Zahlen mit statistischen Blicken betrachtet, würden lehren, dass die totale Larynxexstirpation die beste Prognose hat, nachdem die eine Laryngotomie als einzelnes Exemplar nicht in Betracht kommt, und doch sagen sie etwas ganz anderes, wenn man die Zahl von 11 Fällen berücksichtigt, welche als inoperabel die Abtheilung passirt haben. Von diesen sind 9 ex indicatione vitali tracheotomirt worden, 3 sind in der Abtheilung gestorben, 1 Fall — einen älteren Collegen aus einer Nachbarstadt betreffend, wünschte die Exstirpation nicht, welche allein noch in Betracht kommen konnte.

Wir müssen also sagen von insgesammt 22 Fällen kam nur e i n e r so rechtzeitig, dass man sich auf die Laryngotomie beschränken konnte, durch welche denn auch dauernde Abhülfe geschafft worden ist. 5 mal konnte das Carcinom durch die Exstirpation des ganzen Larynx beseitigt werden, von diesen erlag einer dem Eingriff, einer wurde definitiv geheilt und 3 befinden sich noch innerhalb des Stadiums relativer Heilung, welches nach usueller Anschauung erst nach Ablauf des dritten Jahres p. operat. in das der definitiven Heilung übergeht.

Von den 3 partiellen Exstirpationen erlag einer dem Eingriff, bei den beiden anderen wäre der tödtliche Ausgang eventuell abgewandt worden, wenn der Eingriff von vornherein ein ausgedehnterer gewesen, d. h. wenn gleich der Larynx total exstirpirt worden wäre.

Von den 2 Fällen des laryngo-pharyngealen Carcinoms erlag einer dem Eingriff, der zweite befindet sich im Stadium relativer Heilung, Alle übrigen Fälle, d. h. genau die Hälfte der Gesammtzahl meldete sich erst als es für eine operative Behandlung zu spät war.

Ich glaube diese Daten bestätigen, dass für das Larynxcarcinom dieselbe Regel gilt, wie für jedes andere Carcinom auch — nämlich dass nur der frühe Eingriff die Aussicht auf vollen Erfolg bietet.

Je früher eingegriffen wird desto geringer ist die Ausdehnung und damit die Gefahr des Eingriffs und desto wahrscheinlicher wird die definitive Heilung des Operirten.

E s h ä n g t a l s o A l l e s a b v o n d e r f r ü h e n, r e c h t z e i t i g e n D i a g n o s e d e s L e i d e n s. Diese wird vereitelt entweder durch den Kranken selbst. Es ist unglaublich wie lange die Kranken das Leiden sich entwickeln lassen, ehe sie zum Arzt kommen! Namentlich gilt das für die Carcinome die am oberen Larynxabschnitt sich entwickeln mit der Tendenz auf den Pharynx überzugreifen, oder die von der Tonsille, vom Pharynx aus weitergehend den Larynx erreichen — der Cancer extrinsèque der Franzosen. Diese Carcinome sind in ihrem Verlauf viel bösartiger als der Cancer intrinsèque — oder die sich primär im Larynxinnern entwickelnden Carcinome — namentlich dadurch, dass sie früh schon die Halslymphdrüsen und ganz besonders die tiefen Drüsen inficiren. Andererseits machen sie erst spät Störungen in der Respiration oder verursachen Heiserkeit, und der Schluckschmerz, welcher das constanteste Frühsymptom dieser Carcinome ist, kann so unbedeutend sein, dass selbst intelligente Menschen ihm anfänglich keine Bedeutung beilegen.

So waren in dem letzt erwähnten, letal verlaufenden Fall von Pharynxcarcinom kaum nennenswerthe Beschwerden vorhanden. In dem Fall wo es sich um ein Epiglottiscarcinom handelte, wurde dieses zufällig constatirt. Der Kranke war in meine Abtheilung gekommen wegen einer unter Fieber aufgetretenen Lymphdrüsenvereiterung am Halse. Für diese war keine äussere Veranlassung vorhanden, sie musste also in einer Ulceration der Schleimhaut gesucht werden, weil eine andere Infectionsursache von Seiten der Schleimhaut ausgeschlossen werden konnte, und so wurde das Epiglottiscarcinom constatirt, welches dem intelligenten Kranken garkeine besonderen Beschwerden gemacht hatte.

Jedoch nicht immer hat der K r a n k e den günstigen Zeitpunkt für die Operation versäumt. Nicht selten stösst man auf die Angabe, Pat. habe seiner Beschwerden wegen seinen Arzt consultirt und der habe ihn längere Zeit mit Gurgelwässern und dergl. behandelt, ohne auch nur einmal eine Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel vorgenommen zu haben. Wie schwere Folgen haben schon solche Unterlassungssünden gehabt! Indessen man kann mit dem Hinweis auf meine erste letal verlaufende Larynxexstirpation, bei der ja garkein Carcinom vorlag, einwenden, dass den Unterlassungssünden auf der einen, Begehungssünden auf der anderen Seite gegenüberständen. Das ist leider wahr! Das grosse gesammelte statistische Material weist eine Anzahl von Fällen auf, wo entweder zugestandener Massen in Folge eines error diagnoseos ein tuberculöser statt eines carcinomatösen Larynx exstirpirt wurde. — oder wo bald nach der Operation des Larynxcarcinoms der Kranke an allgemeiner Tuberculose zu Grunde gegangen ist; in diesen letzteren Fällen ist gleichfalls mit allergrösster Wahrscheinlichkeit die Larynxaffection eine tuberculöse gewesen, wenngleich nicht in Abrede gestellt werden soll, dass es eine oder ein paar vereinzelte Beobachtungen giebt, wo neben einer Lungentuberculose ein Larynxcarcinom sich entwickelte oder vice versa.

Bei dem cancer intrinsèque alarmirt den Kranken schon im Beginn des Leidens die gestörte Function des Kehlkopfes, meist ist es die nicht weichen wollende Heiserkeit, die ihn zum Arzt führt, und nun kann es sein, dass ein diagnostisches Dilemma beginnt, aus dem hinauszufinden wirklich sehr grosse Schwierigkeiten bereitet.

Liegt Lues, Tuberculose oder Carcinom vor? Die blosse Besichtigung des Kehlkopfspiegelbildes giebt keine entscheidende Antwort. Man muss sich nach Hülfsmomenten für die Diagnose umsehen. Die sorgfältige Untersuchung des ganzen Körpers ergiebt eventuell etwas eingesunkene Claviculargruben, der flache Thorax, sehr leises (abgeschwächtes?) Athmen erwecken den Verdacht der Tuberculose, allein weder Ronchi noch Rasselgeräusche sind zu hören, Sputum ist überhaupt nicht zu erhalten, oder es enthält keine Tuberkellbacillen. Dasselbe Individuum hat eventuell vor Jahren eine luetische Infection durchgemacht, jedoch nach sorgfältiger Behandlung ist auch die letzte Spur dieser Infection geschwunden, nicht eine geschwollene Drüse lässt sich mehr nachweisen. Soll man versuchen ex juvantibus die Diagnose zu sichern und ihn einer Inunctionscur unterziehen? Jedoch wenn nun doch eine Tuberculose in ihren Anfängen vorliegen sollte, so läuft man Gefahr dieselbe durch die Schmierkur zu eclatantem Ausbruch anzufachen und kürzt dadurch das Leben vielleicht um Jahre!

Nun bleibt ja aber doch der Weg offen durch endolaryngeale Entnahme eines Partikels vom erkrankten Gebiet die mikroskopische Bestimmung des fraglichen Leidens zu erlangen. Jedoch diese «Stückchendiagnose»,

obwohl von Einzelnen sehr hochgehalten, lässt dort am häufigsten im Stich, wo man ihrer am meisten bedarf.

Nach Fränkel präsentirt sich der Larynxkrebs als C. polypoides oder diffusum am Stimmbande oder sonst an einer Stelle der Larynxschleimhaut und als C. ventriculare im sinus Morgagui sich entwickelnd. In dieser letzteren Form bietet das Carcinom ganz besondere diagnostische Schwierigkeiten.

Es liegt auf der Hand, dass die Stückchendiagnose bei der polypoiden Form am ehesten prompten Aufschluss geben wird, aber so wie der Sitz der Neubildung ein versteckter (im sin. Morgagui oder der Subchordalregion) und ihre Ausbreitung eine vorwiegend flächenhafte ist, so gelingt es nur ausnahmsweise ein zur mikroskopischen Diagnose genügendes Stück der fraglichen Stelle zu entnehmen. Der Fall Kaiser Friedrich illustrirt dieses klar. Einer der geschicktesten Laryngologen operirte und der erste pathologische Anatom der Welt untersuchte das entnommene Stück und das Resultat war eine Fehldiagnose. Der Operateur, der vor die Entscheidung über die Natur des Leidens gestellt ist, darf die Diagnose nicht dem pathologischen Anatomen zuschieben, dessen entscheidendes Gutachten erst gefordert werden darf, wenn das Erkrankte in toto zu Tage gefördert worden ist.

Ich will damit keineswegs auf die Stückchendiagnose gänzlich verzichten, geeigneten Falles ist sie eine sehr willkommene Stütze für unser weiteres Vorgehen, nur die Hände soll man sich durch dieselbe nicht binden lassen und soll sich das Bewusstsein bewahren der vollen Verantwortlichkeit für die Diagnose, die sich in erster Linie auf die sorgfältige klinische Untersuchung und Beobachtung zu stützen hat.

Gussenbauer exstirpirte einen Larynx, wo die Stückchendiagnose Carcinom ergeben hatte. Die Untersuchung des exstirpirten Larynx bewies aber, dass das Leiden Tuberculose war. Eine besonders starke Wucherung der epitheloiden Zellen der einzelnen Tuberkel hatte den Irrthum herbeigeführt.

Vor 2¼ Jahren operirte ich einen 55 Jahr alten Mann über dessen Leiden nicht nur ich, sondern auch die Collegen, die ich zu Rathe gezogen, ein sicheres Urtheil abzugeben nicht im Stande waren. Es lag der Verdacht der Tuberculose vor, doch wurden keine Tuberkelbacillen nachgewiesen. Lues konnte nicht nachgewiesen werden, jedoch lebte Pat. mit einer an alter Lues leidenden Concubine zusammen, auch vertrug er Jodkali in grossen Gaben sehr gut, seine Larynxaffection wurde jedoch dadurch nicht gebessert. Endlich gelang es mir einen grösseren Theil der fraglichen geschwellten Partie endolaryngeal abzutragen und die pathologisch-anatomische Diagnose lautete Carcinom. Pat. willigte nunmehr in die Operation, welche ich mit der Larynxspaltung einleitete. Hier konnte ich mich dann vergewissern, dass eine Neubildung nicht vorliege, sondern eine tuberculöse Ulceration, welche mit Curettement und Cauterisation mit dem Paquelin zerstört, mit Jodoform versorgt wurde, worauf ich den Larynx wieder zunähte. Dass diese Therapie die richtige gewesen, beweist der Umstand, das Pat. sich heute — ¼ Jahr nach der Operation eines guten Wohlseins erfreut. Wäre das Leiden Carcinom gewesen, so hätte das Recidiv nicht ermangelt sich innerhalb weniger Wochen wieder einzustellen. Eine nochmalige Revision der Präparate ergab, dass auch in diesem Fall eine besonders hervortretende Wucherung der epitheloiden Zellen der einzelnen Tuberkel den Irrthum in der mikroskopischen Diagnose herbeigeführt hatte.

Dieser Fall lehrt, dass trotz aller Sorgfalt der Untersuchung, trotz der sich mehrenden Erfahrung, trotz Hinzuziehung anderer Collegen und gemeinsamer Berathung es doch nothwendig werden kann die Laryngotomie darüber entscheiden zu lassen, was vorliegt. Meist wird dieselbe da vorgenommen werden, wo sich die Diagnose auf Carcinom zugespitzt hat, und eventuell wird es dann noch möglich sein die Neubildung zu exstirpiren ohne das Kehlkopfgerüst zu zerstören.

Verhalten wir uns dagegen exspectativ bis die Diagnose durch den Kehlkopfspiegel möglich wird, so dürfte der günstige Zeitpunkt für die einfache Laryngotomie in der Regel vorübergelassen sein.

Es kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass die Laryngotomie — die einfache Kehlkopfspaltung — einen Eingriff darstellt, dessen Gefahren denen einer Tracheotomie im Grossen und Ganzen gleich sind.

Mithin kann die Laryngotomie dem Kranken unbedenklich dort empfohlen werden, wo die Indication dafür vorliegt. Indessen darf ich nicht unerwähnt lassen, dass es mir einmal trotz der Laryngotomie nicht gelungen ist den wahren Charakter der Erkrankung zu erkennen.

Es handelte sich um eine ältere Frau, welcher ich wegen einer Perichondritis c. cricoideae den Ringknorpel resecirte, auch während der Operation gewann ich nicht den Eindruck, dass etwas anderes als Perichondritis vorliege. 10 Tage nach der Operation starb Pat. an einer croupösen Pneumonie und die Section ergab, dass ein Krebs der Schilddrüse vorgelegen, welcher dieses Organ in eine derbe Platte verwandelt hatte, so dass ich glaubte eine entzündliche Schwarte vor mir zu haben, welche die c. cricoidea und eine Anzahl von Trachealringen umgriff. Der erweichte und veränderte Ringknorpel liess sich leicht auslösen, was mich in meiner irrigen Annahme nur noch bestärkt hatte.

In einem anderen Fall war die Perichondritis c. cricoideae gleichfalls keine entzündliche, sondern eine carcinomatöse, bedingt durch ein Carcinom, das die vordere Wand des untersten Pharynxabschnittes (retrolaryngealer Theil des Pharynx nach Krönlein) einnahm. Dieses Carcinom war nicht diagnosticirt worden. Die anamnestischen Angaben waren durchaus unbrauchbare, die bestehenden Schlingbeschwerden konnten durch die mit starker Schwellung einhergehende Perichondritis erklärt werden, und so geschah es, dass als der Knorpel entfernt wurde, man einer Perforation gegenüberstand, welche das Carcinom, das bis an den Knorpel vorgedrungen war, zu Stande gebracht hatte.

Beides waren aussichtslose Fälle, in denen die Laryngotomie nicht mehr genutzt, jedoch auch keinen Schaden gebracht hat.

M. H. Ich habe mich bemüht Ihnen möglichst objectiv die Schwierigkeiten darzulegen, welche sich der wichtigen Erkenntniss des Kehlkopfkrebses — speciell des cancer intrinsèque entgegenstellen und Ihnen die Abwege zu markiren auf die man beim Suchen nach der richtigen Erkenntniss gerathen kann.

Anders steht es mit den pharyngo-laryngealen Carcinomen, welche in der Regel diagnostisch sehr viel weniger Schwierigkeiten darbieten, allein für die Exstirpation sehr viel ungünstigere Bedingungen haben und sehr viel leichter recidiviren.

Krönlein hat kürzlich einen sehr interessanten Bericht über 29 Fälle veröffentlicht[1]) die er operirt hat. Von diesen traten allerdings nur 2 in das Stadium der definitiven Heilung und ist inzwischen einer derselben 4 Jahr p. operat. seinem Carcinom erlegen. Die andern Fälle sind meist innerhalb kurzer Zeit nach der Operation zu Grunde gegangen. Krönlein hat jedoch auch Fälle operirt, bei denen man mit gleicher Berechtigung die Operation hätte ablehnen können. Krönlein berechnet dennoch den Gewinn, den seine Kranken durch den Ein-

[1]) Krönlein. Bruns' klin. Beiträge. Bd. XIX p. 61.

griff gehabt auf durchschnittlich 7 Monate, um welche das Leben dieser Aermsten verlängert worden ist.

Sehr wichtig ist, dass Krönlein fast keinen einzigen seiner Kranken tracheotomirt hat. Dadurch ist der Nachbehandlung ein grosser Theil lästiger Beschwerden genommen.

Den ersten meiner beiden Pharynxcarcinome hätte ich gleichfalls nicht tracheotomirt, wenn mir die Erfahrungen Krönlein's damals schon zu Gebot gestanden hätten, beim zweiten war die Laryngotomie und die damit Hand in Hand gehende Tracheotomie nicht zu umgehen, weil ich anders nicht im Stande gewesen wäre die Neubildung mit Sicherheit im Gesunden zu umschneiden.

Die crux für unsere Therapie wird das laryngo-pharyngeale Carcinom bleiben, für den Kehlkopfkrebs im engeren Sinn gilt die totale Exstirpation für den letzten Schritt, der das drohende Verhängniss abwenden soll.

Die Laryngotomie resp. die partielle Exstirpation bedeuten die Encheiresen für die früheren Stadien des Leidens. Der partiellen Resection darf kein zu weiter Spielraum eingeräumt werden, wird namentlich der Defect durch dieselbe ein zu grosser, so ist lieber die totale Exstirpation zu wählen.

Es darf nicht unerwähnt bleiben dass Fränkel und A. mehrere definitive Heilungen von Stimmbandcarcinom erzielt haben durch Operation auf endolaryngealem Wege. Allein wenn man die Krankengeschichten näher in's Auge fasst, so sieht man dass der Eingriff mehrere Mal wiederholt werden musste, dass später äussere Operationen nothwendig wurden und wenn bei Fränkel trotzdem schliesslich die Zahl der definitiven Heilungen 4 von 9 Operirten beträgt — ein 5. Fall befindet sich im Stadium relativer Heilung, da erst 1½ Jahr seit der Operation verflossen sind — so spricht das nur für die relative Gutartigkeit dieser Carcinome und dafür, dass ein radikaleres Vorgehen — wie es die Laryngotomie darstellt wahrscheinlich noch mehr Kranke der definitiven Heilung zugeführt hätte und die wiederholten Eingriffe mit all der Unruhe und den Sorgen, die das neuauftretende Recidiv für den Kranken hat, vermieden worden wären.

Fränkel betont dass nach den Zusammenstellungen von Hansberg und Sendziak 22 endolaryngeal operirte Fälle — 12 definitive Heilungen ergeben hätten, jedoch ist diese Zahl nicht ganz einwandsfrei, bei 3 von diesen 12 definitiven Heilungen ist die seit der Operation verflossene Zeit eine zu kurze, 1 Fall hat keine Notiz über den weiteren Verlauf, ein 5. Fall ist blos durch Elektrolyse geheilt — mithin wird die Krebsdiagnose doch sehr fraglich, ein 6. Fall leidet jetzt an Lungentuberkulose was auch einige Zweifel an der Krebsnatur der Larynxaffection wachruft.

Ich glaube, dass alles für die endolaryngeale Operation in's Feld Geführte nicht die Behauptung entkräften kann, der sicherste Weg den Krebs auch in seinen frühesten Stadien zu operiren sei derjenige, welcher ihn dem Auge und der Hand am zugänglichsten macht und das ist die Laryngotomie.

Es bliebe mir nur nach den Beweis zu liefern, dass die Spaltung des Larynx in der That ein so ungefährlicher Eingriff ist. Ich begnüge mich darauf hinzuweisen, dass von 35 Laryngotomien, die ich aus eigener Beobachtung kenne, nur in einem Fall der Tod mit dem Eingriff in Zusammenhang gebracht werden konnte. Dieser Fall betrifft jene Frau mit dem Carcinom der Glandula thyreoidea, welche an einer croupösen Pneumonie am 10. Tage nach der Operation starb. Genau genommen kann dieser Todesfall der Operation jedoch nicht eigentlich zur Last gelegt werden. Die Ungefährlichkeit des Eingriffs hat mich denn auch veranlasst die Laryngotomie auf zwei Affectionen des Larynx auszudehnen, welche bisher meist die Domäne endolaryngealer Therapie bildeten. Ich meine die Perichondritis, speciell der cartilago cricoidea und die Laryngitis hypoglottica. Bei beiden Affectionen sind die relative Schmerzlosigkeit des Eingriffs und die ganz beträchtliche Abkürzung der Behandlungsdauer die bestimmenden Momente gewesen, die mich veranlassten den Weg der Operation von aussen zu wählen und die Resultate haben mich derart befriedigt, dass ich diesen Weg auch nicht wieder verlassen werde.

M. H. Fürchten Sie nicht, dass ich Ihre Geduld durch näheres Eingehen auf dieses Gebiet noch weiter in Anspruch nehmen werde. Die Details sind von speciellem Interesse für den Laryngologen und den Chirurgen. Mir lag es heute vor Allem daran vor Ihnen die Frage des Kehlkopfcarcinoms und seiner Behandlung an der Hand meines Materials zu besprechen, weil jeder praktisirende Arzt in die Lage kommen kann durch rechtzeitige Massnahmen grosses Unheil zu verhüten und den Kranken vor den Qualen zu bewahren, wie sie das sich selbst überlassene Leiden im Gefolge hat und wie sie, als ein gekröntes Haupt — Kaiser Friedrich II. — daran litt, die ganze Welt in Mitgefühl bewegten.

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Pernau.

4.—6. Juni 1897.

Zweite Sitzung.

Mittwoch den 4. Juni 1897. 5 Uhr Nachmittags.

1. Herr Dr. Koch hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ueber einige praktische Fragen aus dem Gebiete der Ernährungsphysiologie»**. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion.

a) Prof. Dehio. Es ist ein grosser Fortschritt in der Ernährungslehre, dass man erlernt hat den Nährwerth einer gewissen Nahrungsform durch die Angaben des Calorienwerthes auszudrücken und es scheint mir sehr verdienstlich, dass Herr Dr. Koch von diesem Standpunkte aus sein Thema behandelt hat. Wenn beispielsweise eine Maschine eine Arbeit leisten soll, so muss man doch unbedingt vorher wissen wieviel Kohle diese Arbeit beansprucht. Jede Maschine nutzt sich aber ab und das abgeriebene Eisen lässt sich durch die Kohle nicht ersetzen. Bei der menschlichen Maschine liegen die Verhältnisse derart, dass die Maschine sich um so mehr verbraucht, je mehr Arbeit sie leistet. Da aber sowohl die Kohlehydrate, als auch die Fette sich in bestimmter Menge gegenseitig ersetzen können, nicht aber das Eiweiss, welches allein den Stickstoffbedarf der Organe des Körpers zu decken und die Abnutzung derselben zu ersetzen hat, so ist zur Beurtheilung des Nahrwerthes der Nahrung zweierlei nöthig: erstens die Kenntniss des Calorienwerthes und zweitens die Kenntniss der absoluten Menge der in der Nahrung enthaltenen Eiweissstoffe als der alleinigen Träger des nothwendigen Stickstoffes.

b) Dr. O. Klemm-Riga. Zur Erhaltung des N.-Gleichgewichtes braucht der Eiweissgehalt der Nahrung nur ein minimaler zu sein. Die genauen Bestimmungen des Eiw.-Gehaltes in d. Frauenmilch ergaben beispielsweise überraschend geringe Werthe. In jedem Fall wird aber die Minimalgrenze für die N.-Aufnahme individuellen Schwankungen unterliegen, abhängig von der allgemeinen und zeitlichen Körperdisposition. Sie wird aber nicht wie Herr Prof. Dehio zu meinen schien ein für allemal durch einen Minimalwerth gegeben sein.

c) Prof. Dehio. Es ist natürlich gestattet, dem Körper zu dessen Ernährung grössere oder geringere Mengen von Eiweiss zuzuführen, da der Organismus auch grössere Mengen von Nährstoffen als zur Erhaltung des Stickstoff-Gleichgewichts nöthig sind, zu bewältigen vermag. Die N.-Zufuhr darf aber nicht unter ein gewisses Minimum sinken, da sonst der Hungerzustand eintritt, bei welchem mehr N. im Urin ausgeschieden, als durch die Nahrung aufgenommen wird.

d) Dr. O. Klemm-Riga. Es scheint mir, dass Herr Dr. Koch die Calorienwerthe angab die für Gesunde gelten und dass er aus denselben einen Rückschluss auf krankhafte Zustände zog. Dieses erscheint mir jedoch weder richtig noch möglich.

e) Dr. Koch-Dorpat. Die Calorienwerthe der Tabelle beziehen sich nur auf normale Verhältnisse, gewiss haben wir damit aber auch einen Massstab zur Beurtheilung pathologischer Fälle. — Die Eiweissstoffe können und werden nie in der Nahrung entbehrt werden, denn ein totaler Ersatz durch Fette und Kohlehydrate ist undenkbar, schon aus dem Grunde, weil wir eine derartige Kost, unseren Kranken ohne Ekel zu erregen nicht vorsetzen können.

f) Dr. Koppe-Pernau. Die Ausführungen des Herrn Collegen Koch waren interessant und lehrreich. In der Praxis haben wir immer gegen das Uebermass der Ernährung zu kämpfen, speciell gegen eine zu reichliche Aufnahme der Fette, der eiweisshaltigen Nahrung und gegen das Wassertrinken. Lahmann hat in dieser Beziehung durch seine Nährsalztheorie manch Heilsames geschaffen. Er entzieht den Kranken das Eiweiss, die Fleischsuppen etc. und schafft einen Ersatz an Gemüse. Während einer solchen Cur fühlen sich die Kranken wohl und zufrieden. Man sieht es ja auch bei den Pferden, dass die Hafernahrung fett, die Heunahrung mager macht. Beim Menschen überzeugen wir uns, dass die Bewegung resp. die körperliche Arbeit und ein geringer Fettgenuss vor übermässigem Fettansatz schützt. Daher müssen wir auch bei der Behandlung der Fettleibigkeit den Bewegungscuren resp. dem Sport das Wort reden und in diesem Sinne hat der Satz Gültigkeit, setze den Menschen aufs Rad und er wird gesund.

g) Dr. Russow-Ampel. Die Arbeit und Bewegung setzen nicht in jedem Falle das Körpergewicht herab, wie Herr Dr. Koppe meinte. Im Gegentheile wir beobachten z. B. bei den Seeleuten, dass dieselben trotz harter Arbeit auf ihren weiten Reisen zunehmen. In diesem Falle spielen die besseren Resorptionsverhältnisse eine Rolle.

h) Dr. Koppe-Pernau. Ich denke doch ein gutes Postpferd ist immer mager und dicke Arbeiter habe ich eigentlich noch nie gesehen. Dass die Seeleute zunehmen, wundert mich gar nicht, da bekanntlich auf den Schiffen die Kost eine sehr gute zu sein pflegt.

2. Dr. O. Klemm hält einen Vortrag **«Ueber die Grundprincipien der Säuglingsernährung.»**

Die neueren Anschauungen über die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch, welche auf der Voraussetzung basiren, dass die Qualität der Milch unabhängig wäre von der Qualität des Individuums, welches die Milch producire, treten in Widerspruch mit der 1000-jährigen Erfahrung. Die chem. Untersuchungen, die diesen Anschauungen zu Grunde liegen, könnten allerdings in der bis jetzt geübten Weise keinen anderen Schluss gestatten. Diese Untersuchungen sind aber unzureichend, da sie nur die 3 Hauptnahrungsstoffe der Milch quantitativ umfassen. Auf das Verhältniss der einzelnen Stoffe zu einander, auf die Verschiedenheit ihrer Beschaffenheit, auf sämmtliche anderen normaler Weise in der Milch vorkommenden Substanzen, die gelegentlich auch stark giftige Eigenschaften entfalten können, wurde keinerlei Rücksicht genommen. Nach den Untersuchungen des Vortragenden, die er an 55 Milch-Proben (37 Frauen- und 18 Kuhmilch-Proben) anstellte, ist es im hohen Grade wahrscheinlich, dass vorzugsweise die Veränderungen im Casein-Alb- und Fettgehalt eine alternde oder schwächliche Drüsenthätigkeit anzeigen. Man kann daher eine solche Milch rechtzeitig dem Säuglinge entziehen.

Constatirt man entsprechend dem Monatsdurchschnitte neben zu niedrigem Casein- und zu hohem Alb-Gehalt, einen höheren Zuckergehalt und eine Verminderung der Fettmenge, so ist diese Milch als Produkt alternder, resp. schwächlicher Zellenthätigkeit aufzufassen und nicht als vollwerthig zu betrachten. Eine derartige Milch weist mit Sicherheit auf eine Anomalie. Findet man bei der Mutter anamnestisch einen chron. Schwächezustand im Sinne der Minderleistungsfähigkeit, leichtere Ermüdbarkeit, Reizbarkeit besonders des Nervensystemes so entwöhne man das Kind.

Bezüglich der Einzelnheiten des Vortrages, speciell der Beziehungen zur Rachitis sei auf das Original verwiesen. Der Vortragende fordert zu weiteren diesbezüglichen Untersuchungen auf und schliesst mit einem speciell für Riga ausgearbeiteten statistischen Ueberblick über die Gesammtsterblichkeit und die Sterblichkeit der Kinder. Die Gesammtsterblichkeit fällt während der letzten Pentaden beständig, die Sterblichkeit der Kinder steigt aber trotz aller Fürsorge allmählich an. Alles drängt darauf hin, dass wir mit unserer Fürsorge für die Säuglinge bei den Frauen beginnen sollen, denn solange unsere Frauen keine kräftigen Kinder in die Welt setzen, solange wird die Kindersterblichkeit nicht abnehmen.

(Autoreferat) Erscheint in extenso im Jahrb. f. Kinderheilkunde.

3. Herr Dr. Koppel hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege.»** (Erschienen in der St. Pet. medicinischen Wochenschrift № 41, 1897).

Discussion.

a) Prof. Dehio. Ich glaube nicht, dass die Kälte als solche Catarrhe der oberen Luftwege hervorruft, denn kein Mensch erkältet sich, der bei kaltem Wetter über's Land fährt. Dagegen beobachten wir das Auftreten von Schnupfen nach Eisenbahnfahrten in welchen die Luft in den Waggons übermässig trocken ist. Mann muss bei der Entstehung der Catarrhe die Trockenheit der Luft mehr anschuldigen als die Kälte. Gewisse Beobachtungen aus der Praxis sprechen durchaus für diese Erfahrung. Man erlebt es immer wieder, dass trotz aller Behandlung die Kinder im Winter immer und immer husten. In solchen Fällen schwindet der Husten überraschend, wenn man flache Schaalen mit Wasser und Salz auf die Oefen hinstellt. Wenn ich meine persönliche Ansicht hier aussprechen darf, so möchte ich annehmen, dass die Trockenheit nur in dem Sinne die Catarrhe hervorruft, dass sie die Praedisposition für eine bacterielle Invasion darstellt. Die Trockenheit plus der Infection bedingt den Catarrh. Für die Annahme einer Infection spricht auch die Thatsache, dass derartige Catarrhe, wie jeder weiss anstecken und von Person auf Person übertragen werden.

b) Dr. Truhart. Ich muss mich Herrn Prof. Dehio anschliessen, die Kälte als solche erzeugt keine Catarrhe. Bei den Nordpolexpeditionen hat man nie Catarrhe beobachtet und schon Niemeyer hat darauf hingewiesen, dass die Nomadenvölker, die viel im Freien und in der Kälte leben, von Catarrhen verschont bleiben.

c) Dr. O. Klemm-Riga. Ich glaube auch, dass die trockene Luft allein niemals im Stande ist Catarrhe zu erzeugen. Die Infection resp. andere Momente wie Staub etc.... sind als Ursachen der Catarrhe anzuschuldigen. Man beobachtet es in der Praxis, dass in derselben Familie die Schulkinder mit einem chronischen Catarrh behaftet sind, während die jüngeren Geschwister von jeglichem Catarrh frei sind und nur dann erkranken, wenn sie die Schule besuchen und von den anderen inficirt werden.

4. Herr Dr. Unterberger hält seinen Vortrag: **«Ueber Scrophulose, Tuberculose und Phthise und ihre Behandlung in Haus-Sanatorien»** (erschienen in der St. Peterb. Medicin. Wochenschrift № 29, 1897).

Discussion.

a) Dr. Koppe-Pernau. Mit Freuden folgte ich dem Vortrage des Herrn Collegen Unterberger und ersehe daraus, dass man auch in einem Krankenhause in der Behandlung der Phthise bedeutendes leisten kann. Schon vor Jahren überzeugte ich mich in dem Stadt-Krankenhause zu Riga von dem guten Aussehen der Phthisiker. Herr Dr. Hampeln, welcher damals so freundlich war, mir seine Abtheilung zu zeigen, meinte die guten Ventilationseinrichtungen des Krankenhauses hätten diese Erfolge bedingt. Man ersieht also aus allen derartigen Beobachtungen, was man bei der Behandlung der Tuberculose alles leisten kann, wenn man ernstlich will und hygienische Einrichtungen schafft.

b) Dr. Fischer-Sagnitz. Ich möchte Herrn Dr. Unterberger fragen, ob er wohl darüber nähere Angaben machen kann, wie oft Ehegatten, bei denen der eine Theil an der Lungentuberkulose resp. an der Phthise leidet, sich gegenseitig inficirten. Ich habe in der letzten Zeit mehrere Fälle beobachtet in welchen nach der Erkrankung resp. nach dem Tode des einen Ehegatten einige Zeit hernach auch die andere Ehehälfte an der Lungentuberculose erkrankte. Es ist mir aufgefallen, dass in solchen Fällen der eine Theil erblich belastet war, der andere Theil nicht. Ich möchte daher doch glauben, dass in diesen Fällen eine Infection stattfindet.

Was die Behandlung der Phthisiker betrifft, so habe ich in meinem Kirchspiel versucht die Tuberculösen, die in ungünstigen Verhältnissen leben in günstigere Verhältnisse zu versetzen. Ich rathe ihnen ihren Beruf an dieser Stelle aufzugeben, und zu Verwandten zu ziehen die besser leben, oder ich bemühe mich die Kranken entsprechend ihren pecuniären Verhältnissen in demselben Kirchspiele in einer günstiger gelegenen Gegend unterzubringen, wobei ich das Hauptgewicht auf Windschutz und staubfreie Luft und günstige Bodenverhältnisse lege. Während der Behandlung empfehle ich, wenn es irgend angeht, zeitweilig den Beruf zu unterbrechen, nach hygienisch-diätetischen Massregeln zu leben und die nöthigen Medicamente zu gebrauchen.

c) Dr. Unterberger-Petersburg. In circa 90% bleibt unter Eheleuten, wo der eine Theil an Phthise gestorben, die Schwindsucht aus. Wie viele von den später Gestorbenen sind aber nicht bereits hereditär belastet gewesen? Was die Art und Weise betrifft, wie Herr College Fischer auf dem Lande den Tuberculösen die hygienisch-diätetische Behandlung zu Theil werden lässt, ist höchst erfreulich und

sehr nachahmenswerth, weil dieselbe leicht durchführbar ist. Bei der Therapie der Tuberculösen möchte ich nur noch dringend die grosse Wichtigkeit der Hautpflege an's Herz legen, die in Form von trockenen und feuchten Abreibungen sich auch leicht unter der Bauerbevölkerung handhaben lässt. Die Hydrotherapie, die in allen Sanatorien mit grosser Consequenz und Strenge durchgeführt wird, ist bei der Behandlung der Tuberculösen nicht minder wichtig, als die reine frische Luft. Prof. Winternitz gebührt das grosse Verdienst, darauf aufmerksam gemacht zu haben. (W. Zur Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. Wien 1887).

d) Dr. Wagner-Zabeln. Der Herr Vortragende meinte, dass eine direkte Uebertragung der Tuberculose durch den Bacillus nicht stattfinde. Ich glaube doch, dass diese Ansicht den Thatsachen keineswegs entspricht. Wie oft erlebt man es nicht, dass völlig gesunde hereditär nicht tuberculös belastete Personen in eine Wohnung ziehen, in welcher vor Jahren Tuberculöse lebten und daselbst ihre bacilläre Phthise acquiriren. M. E. sind wir nicht berechtigt den Tuberkelbacillus als Infectionsträger zu leugnen.

e) Dr. Unterberger-Petersburg. Es giebt ja in der That viele Fälle in denen das scheinbar zutrifft, was Herr Dr. Wagner behauptet. In ¾ aller Fälle lässt sich aber sicherlich der Factor der Heredität, nicht aber der Bacillus anschuldigen.

f) Dr. Wagner-Zabeln. Ich habe mich leider in meiner eigenen Familie von der Gewalt des Tuberkelbacillus überzeugen müssen. In unserer Familie hat die Tuberculose nie geherrscht und doch verlor ich in kurzer Zeit 3 Brüder, kräftige gesunde Männer in der Blüthe der Jahre. Der Ansteckungsstoff stammte von einem Onkel.

g) Dr. Mey-Riga. In Betreff der Aetiologie der Tuberculose, möchte ich noch besonders auf die Möglichkeit der Uebertragung durch die Exspirationsluft hinweisen. Es sind zahlreiche Fälle bekannt, in welchen durch die Nähe eines Phthisikers und durch die Einathmung der Exspirationsluft in kurzer Zeit sich bei völlig gesunden Personen die in keiner Weise eine Disposition darboten, doch eine Tuberculose entwickelte.

h) Dr. Unterberger-Petersburg. Die Möglichkeit der Uebertragung der Tuberculose vermittelst der Exspirationsluft durch die Nähe eines Phthisikers ist nach Ansichten der Hereditarier gleich Null! — Was die Fälle anbetrifft, welche Dr. Wagner anführt, so würde man bei gründlichem Nachforschen mit Gewissheit Heredität constatiren, da wir hören, dass ein Onkel an Phthise gestorben. Dass die Verstorbenen kräftige Männer waren, spricht gar nicht gegen Heredität. In circa 10% werden kräftig gebaute, hereditär belastete Gestalten von der Tuberculose hingerafft. Bei diesen Kranken muss man annehmen, dass bei der Vererbung das Knochensystem verschont geblieben und dass nur die Lungenorgane durch das tuberc. Virus in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Umgekehrt finden wir ja hochbetagte Bucklige oder mit Verkrümmungen des Brustkorbes behaftete Leute nie an chronischen Lungenkrankheiten leiden, der Process hat in diesen Fällen bei der Vererbung nur das Knochengerüst tangirt.

i) Dr. v. Brakel-Dorpat. Die Frage, ob der Tuberkelbacillus thatsächlich der Infectionsträger ist, muss nach den Experimenten bejaht werden. Die Experimente ergeben, dass nach der Einverleibung von Tuberkelbacillen in den thierischen Organismus sich klinisch und mikroskopisch eine locale Tuberculose nachweisen lässt, während der Tuberkelbacillus selbst fehlt. Dagegen ist in den vorgeschritteneren Stadien der Erkrankung der Tuberkelbacillus stets zu finden. Die Erklärung dieses Widerspruches liegt offenbar darin, dass die Tuberkelbacillen im menschlichen Organismus ein Stadium durchmachen, welches noch nicht erforscht ist und welches sich vor der Hand der Untersuchung entzieht.

j) Dr. O. Klemm-Riga. Die Infectiosität der Tuberculose ist wohl fraglos durch die Experimente und durch vielfache Beispiele aus der Literatur erwiesen. Ich erinnere in dieser Beziehung an die Beobachtungen des Dr. Lehmann in Rossiten (Gouv. Witebsk) über die Uebertragung der Tuberculose bei der rituellen Circumcision. — Was die Frage der Heredität betrifft, so ist dieselbe ja ohne weiteres klar, wenn wir bedenken, dass etwa ⅓ aller Todesfälle auf die Tuberculose zurückzuführen ist. Die Gewebsschwäche ist in vielen Fällen ein Factor, welcher nicht unterschätzt werden darf, wie ja die Beziehungen der Lues zu der Tuberculose beweisen.

k) Dr. Unterberger-Petersburg. Ich möchte den beiden Herrn Vorrednern nochmals wiederholen, dass es experimentell niemals gelungen ist, fungöse Gelenk- und Knochenentzündungen, ebenso Pneumonie, Peribronchitis, Darmtuberculose etc. zu erzeugen und dass man Tuberculose-ähnliche Processe d. h. ohne Anwesenheit von Bacillen (Biedert u. A.) ebenso fungöse Knochenprocesse ohne Bacillen (Maas, Biedert, v. Bergmann etc.) bis zum Tode beobachtet hat. Impfungen mit Tuberkelbacillenculturen haben nur Tuberkeleruptionen erzeugt, was ich auch garnicht geleugnet habe. Ob aber die Tuberkelbacillen allein Tuberkeleruptionen erzeugen können, ohne dass andere Microben oder chemische Substanzen den Boden zuerst dazu geeignet gemacht, ist noch eine Controverse. Brieger, der Mitarbeiter von Koch, behauptet ja neuerdings, dass in den Culturen von Bacterien ein necrotisirender chemischer Stoff enthalten ist! Die bisher angewandten Experimentalerfolge verlieren in Folge dessen selbstverständlich an Beweiskraft im Sinne einer specifischen pathogenen Bedeutung der Tuberkelbacillen. Ausserdem zeigen die sorgfältigen Arbeiten von Haupt und Michaelis unter Anderem, dass die Einwohner in den alten, vielbesuchten Schwindsuchtsorten Soden und Rehburg, welche die Kranken in ihren Wohnungen pflegen und wo das bacilläre Sputum in Haus und Flur seit Jahrzehnten rücksichtslos umhergeworfen ist, ein hohes Alter erreichen und dass daselbst Tuberculöse nur Ausnahmefälle sind. Wo aber Tuberculose in einer Familie aufgetreten, da ist Heredität nachweisbar gewesen. Das sind Thatsachen, die man bei der Lösung der Tuberc.-Frage nie aus dem Auge lassen darf! — Was die Gewebsschwäche betrifft, mit welchem Worte man die Disposition bezeichnet hat, so erklärt sie doch eigentlich garnichts. Vererbt werden Dispositionen nicht nur für eine constitutionelle Krankheit, sondern auch für mehrere und hat da nicht Prof. Liebreich Recht, wenn er sagt: Die Disposition ist ein Zustand, der vom Normalen abweicht er ist schon der Beginn der Krankheit. Auf diese Weise kann man sich leicht vorstellen, wie z. B. ein Luetiker oder Diabetiker unter Umständen tuberculös geworden. Neben Lues oder Diabetes konnte nämlich dieser Kranke auch Tuberculose ererbt haben. Die Familienverhältnisse müssen eben stets gründlich studirt sein! Die heute so häufig gebrauchten Ausdrücke «Heridität war ausgeschlossen» werden sich bei einer mehr gründlichen Nachforschung gewiss ins Gegentheil verwandeln lassen. — Das Gros der uns entgegentretenden Fälle von Tuberculose mit dem phthisischen Habitus, chron. Lungen- und Knochenleiden etc. wird von den Heriditariern allein der Vererbung zugeschrieben und Prof. Croqu in Bruxelles (1896) will diese Zahl sogar auf 90% festgesetzt wissen. Ob nun bei diesen Kranken die Koch'schen Bacillen auftreten oder nicht, diese Kranke sind als tuberculös zu bezeichnen und ihre Nachkommenschaft wird es in der Mehrzahl auch sein und wiederum mit oder ohne Bacillen. Eine frühzeitig eingeleitete hygienisch-diätetische Behandlung kann aber allen diesen Tuberculösen grosse Vortheile und sehr häufig Heilung verschaffen.

Anmerkung: In der Arbeit von Suchannek «Ueber Scrophulose» (1896) werden die Fälle von Beschneidung neugeborener Kinder erwähnt, bei denen der tuberculöse Rabbiner die ausgesogene Wunde mit T.-pilzen ansteckte. (? Dr. U.) «Von den 10 Kindern starben zwar 7 (an Vereiterung der Drüsen), weil sie einer Schmierkur unterworfen waren (man dachte an Syphilis), 3 blieben leben, zeigten das Musterbild der Scrophulose und wurden schliesslich gesund (Lehmann), trotzdem sich doch zweifellos (? Dr. U.) der T-pilz in den auf dem Blutwege erkrankten Drüsen befunden haben wird» (Suchaenek). Diese Fälle beweisen doch nicht die Einimpfungs-Tuberkulose, sie beweisen auch gar nicht, dass diese Kinder überhaupt an Tuberculose erkrankt und gestorben sind, denn wir erfahren nicht dass T-bacillen bei den erkrankten Neugeborenen constatirt waren. Stellt man sich aber nun einen armen, elenden unsauberen phthisischen Rabbiner vor mit chron. Augenentzündung, Rhinitis, cariösen Zähnen und schlechten Verdauungsorganen, so kann man sich lebhaft denken, dass der Mund eines solchen Individuum eine Cloake darstellen kann, von unzähligen Microben und chem. schädlichen Stoffen, die allein geeignet sind septische Erkrankungen mit Drüsenvereiterungen zu erzeugen.

Bei diesen Fällen möchte ich noch die tuberculöse Hebamme anführen, welche bei ihrer Gewohnheit den Geborenen Luft einzublasen, Tuberkelbacillen in die Lungen hineinpustete (?), worauf die Kinder später an Meningitis tuberculosa starben. Bei einigem Erwägen bleibt es doch völlig unverständlich, wie bei diesen Fällen die Inhalations-Infectionisten sich nur vorstellen können, dass der T-bacillus nicht, wie es ihm doch sonst eigen ist, die ihm so sehr zusagende Eingangspforte — die zarte Lungen Schleimhaut der Neugeborenen — zur Einnistung wählt, sondern von da aus erst weite Wanderungen machen soll, um schliesslich sich in den Meningen festzusetzen! (Michaelis).

l) Prof. Dehio. Die theoretische Anschauung, dass der Tuberkelbacillus nicht die Ursache der Tuberculose, sondern dass derselbe eine secundäre Bedeutung beanspruche und zu den tuberculösen Processen als Nosoparasit hinzutrete, giebt zum Glück keine Veranlassung, die bisher auf entgegengesetzten Überzeugungen basirte hygienisch-diätetische Therapie der Phthise zu ändern. Jedenfalls liege kein Anlass vor die Desinfectionen und die Vernichtung der Tuberkelbacillen haltigen Sputa zu vernachlässigen.

m) Dr. Unterberger-Petersburg. Reinlichkeit ist die beste Desinfection, deshalb muss der Inhalt eines jeden Spucknapfes vernichtet werden, ebenso auch der des Phthisikers, weil derselbe ausser Tuberkelbacillen viele andere, bedeutend giftigere Microben und chem. Producte enthalten kann. Ein Theil der Tuberculösen, betone ich noch ein Mal, lässt sich nicht mit der Heridität allein in Einklang bringen, wir müssen Infection oder Intoxication annehmen. Ob aber diese Fälle nur von aussen durch Inhalation oder Intoxication erkranken oder durch Umwandlung indifferenter Microben oder einfacher, chemischer Stoffe im Organismus selbst, dass wird uns die Zukunft sagen.

n) Dr. O. Klemm-Riga. Was die Ansteckungsgefahr mit der Tuberculose durch die Milch betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass die Tuberculose der Kühe wahrscheinlich nur dann durch die Milch übertragen wird, wenn eine tuberculöse Affection der Euter besteht und dadurch eine directe Uebertragung der Tuberkelbacillen stattfindet.

Die Euter sind aber im Verhältnisse zu der grossen Zahl der tuberculösen Kühe relativ selten in dem Masse befallen, um eine Infection zu ermöglichen. Die Infection findet nur dann statt, wenn eine Disposition des Individuums besteht, welche die Ausbildung der Bacillen erleichtert.

o) Dr. Unterberger-Petersburg. Das Verhältniss der Darmdrüsentuberculose zur Bronchialdrüsentuberculose verhält sich wie 1:10 (Biedert). Wenn die Milch der Kühe, die ja jetzt fast 50% perlsüchtig sein sollen, zur Verbreitung der Tuberculose wesentlich beitragen soll, so müssten wir doch zum mindesten das umgekehrte Verhältniss erhalten!

p) Dr. Wagner-Zabeln. Im Verlaufe der letzten 10 Jahre hat die Tuberculose in Kurland zweifellos zugenommen, obwohl die Wohnungsverhältnisse bedeutend besser sind als früher. Es lässt sich diese Thatsache nur dadurch erklären, dass das Heerdenvieh die Ansteckungsstoffe verbreitet. Seitdem das einheimische Vieh mit edlen ausländischen Racen gekreuzt wird, verbreitet sich die Tuberculose. Das kurländische Rind verträgt nicht unser Klima, erkrankt und überträgt die Tuberculose. In Kurland sind 4/5 der Heerden zweifellos tuberculös.

q) Dr. Unterberger-Petersburg. Ob die Tuberculose thatsächlich zunimmt, lässt sich nicht so ohne weiteres nachweisen. In manchen Gegenden hat sie jedenfalls abgenommen. Dazu kommt noch, dass die Untersuchungsmethoden besser sind und heutzutage mehr Erkrankungen als tuberculös gedeutet werden, als vor Jahren. Die wirkliche Zunahme resp. die Abnahme der Tuberculose lässt sich erst in Generationen entscheiden.

r) Dr. Klemm-Riga. Nach den statistischen Anweisen über die allgemeine Sterblichkeit in Riga scheint es ausser allem Zweifel, dass im Verlaufe der letzten 15 Jahre die Tuberculose in Riga abgenommen hat.

s) Dr. Unterberger-Petersburg. Es freut mich die reiche Discussion, die mein Vortrag hervorgerufen hat, insbesondere aber freut es mich, dass die Herren Collegen Gelegenheit gehabt, beachtenswerthe Erfahrungen und Anschauungen aus dem Lager der Hereditarier genauer kennen zu lernen; denn der Bacillus allein ist nicht im Stande die ganze Tuberculose-Frage zu erklären. — Was die Haus-Sanatorien bei der Behandlung der Tuberculösen anlangt, so sind gegen dieselben keine Einwände erhoben, weil sie eben auf rationeller Basis stehen und dem Zeitgeiste entsprechen. Die von Dr. Fischer-Sagnitz gemachten Versuche die hygienisch-diätetische Therapie unter der Bauernbevölkerung durchzuführen, sind — ich muss es nochmals hervorheben — höchst anerkennenswerth und verdienen in vollem Masse überall nachgeahmt zu werden. Die Herren Collegen auf dem Lande könnten aber auch noch in ihrem Wirkungskreise die Hereditätsfrage einer Controlle unterwerfen, was ja bei den geordneten Verhältnissen im baltischen Lande mit Hülfe der Kirchenbücher nicht schwer fallen würde. Dabei möchte ich dringend rathen, sich zuvor zu beschäftigen mit der Lectüre der Arbeiten von Reffel, Haupt und Michaelis, ebenso mit den Arbeiten über Vererbung physiologischer und pathologischer Eigenschaften von Weismann und Ziegler. Sammelforschungen in dieser Hinsicht werden uns unzweifelhaft wichtige Aufschlüsse bringen zur Lösung der Tuberculosefrage

(Schluss folgt).

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 21. Mai 1897.

1. Dr. Schabert demonstrirt unter ausführlicher Begründung der Diagnose einen Kranken mit Lymphosarcom der Mesenterialdrüsen.

2. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt:

a) 2 Collectionen von durch Sectio alta aus der Blase entfernten Concrementen. Im einen Falle handelt es sich um multiple Urate, im anderen um zahlreiche Phosphatsteine, deren jeder als Kern ein Stückchen Wachs enthielt. Vor Jahren war dem Pat. im Schlafe ein aus Wachs geknetetes bougieförmiges Stück in die Urethra geschoben worden, welches, als Pat. erwachte und mit der Hand hinfasste, abbrach und dessen Bruchstücke die Veranlassung zur Steinbildung abgaben.

b) Eine von ihm exstirpirte Gallenblase. An der Kranken war vorher die Cholecystotomie ausgeführt worden. Später habe sich die Wunde wieder geöffnet, neu eintretende Schmerzen und starker Schleimerguss aus derselben bestimmte Vortr. zu einem neuen Eingriffe, der in Exstirpation der Gallenblase bestand. Im Ductus cysticus fand sich ein kleines Concrement.

3. Dr. P. Klemm demonstrirt die resecirten Stücke einer von ihm unterbundenen Art. und Vena poplitea, welche beide durch das Projectil einer Flobert-Büchse quer durchsetzt sind. Vortr. hatte durch das Wahl'sche Geräusch die Diagnose der Gefässverletzung sofort stellen können und anderen Tages die Unterbindung vorgenommen. Reactionslose Heilung. Vortr. betont die grosse diagnostische Bedeutung des v. Wahl'schen Geräusches, das ein pathognomonisches Symptom der Gefässverletzung darstelle und bei partieller Verletzung von Gefässen eines gewissen Calibers nie fehle, während andere Zeichen, wie die Blutung, das Fehlen des Pulses distal von der Verletzung etc. unter Umständen im Stich lassen könnten; hierdurch werde der Operateur in Stand gesetzt, durch frühzeitige Unterbindung den Gefahren eines Aneurysma traumaticum bezw. einer eventuellen Gangrän vorzubeugen.

4. Dr. Mey referirt über einen Fall von Entleerung massenhafter Ascariden bei einem Kinde. Dasselbe hatte bereits wochenlang theils durch den Darm, theils durch Erbrechen Ascariden entleert und gingen unter Santoningebrauch innerhalb 8 Wochen noch weitere — ca. 400 Exemplare ab. Vortr. referirt eingehend über Ascariden und ihre Eigenthümlichkeit in präformirte Höhlen und Gänge einzuwandern und über die Frage, ob die Ascariden im Stande seien, die lebende unverletzte Darmwand zu perforiren.

Dr. Voss: Den Ascariden käme eine besondere praktische Bedeutung zu insofern, als sie, durchaus nicht immer harmlos, oft schwere Erscheinungen hervorrufen könnten. So erinnere er sich eines Falles, in welchem unregelmässige, mitunter recht hohe Temperaturen und cerebrale Symptome (Strabismus diverg.) eine Meningitis vermuthen liessen, bis unter Entleerung zahlreicher Ascariden Genesung erfolgte.

Dr. Miram hat einen ähnlichen Fall beobachtet, Dr. Schönfeld einen solchen in der Mendel'schen Poliklinik in Berlin gesehen.

Dr. O. Klemm: Man neige gegenwärtig dazu, derartige Fälle als Autointoxicationen vom Darmcanal her aufzufassen, doch habe er auch Fälle beobachtet, in welchen die blosse Anwesenheit eines toxisch nicht wirksamen Fremdkörpers im Darm schwere Störungen ähnlicher Art hervorrief, so dass vielleicht der Gedanke an reflectorische Wirkungen bei besonderer Reizbarkeit der Kinder nahe gelegt werde.

Dr. Hampeln weist auf die Möglichkeit einer Coincidenz der Wurmaffection mit wirklicher, günstig verlaufender Meningitis hin.

Dr. Miram: Dagegen spräche noch das meist sehr schnelle Eintreten der Genesung nach Abgang der Parasiten, das einen causalen Zusammenhang wahrscheinlich erscheinen lasse.

Dr. Voss weist noch darauf hin, dass in solchen Fällen, wie auch gelegentlich bei anderen Affectionen des Kindesalters häufig Strabismus diverg. beobachtet werde, der daher bei der Diagnose der Meningitis mit Vorsicht zu beurtheilen sei.

5 Dr. G. Kieseritzky (a. G.) referirt über einen im städtischen Krankenhause beobachteten und von ihm bacteriologisch festgestellten Fall von diphtheritischer Pneumonie, der unter Serumbehandlung günstig verlief.

Dr. Schmidt: Für ihn liege das Hauptinteresse des Falles in dem Fieberverlauf. Die uncomplicirte Diphtherie verlaufe meist fieberlos oder mit geringen Steigerungen der Temperatur. Grössere Erhöhungen derselben bedeuten wohl stets irgend eine Complication. Auch in mit höherem Fieber verlaufenden Croupfällen sei ihm meist ein anderes Aussehen der Fauces aufgefallen. Bei hinzutretender Pneumonie sei er für schleunige Anwendung grosser Serumdosen.

Dr. Krannhals hat bei Bronchopneumonien Diphtheritischer, die er bacteriologisch untersuchte, meist Diphtheriebacillen, aber selten in Reincultur, feststellen können. Wichtig sei der Nachweis der Diphtheriebacillen im Sputum, worauf sofortige Anwendung des Heilserums zu empfehlen sei.

Dr. H. Schwartz,
d. Z. Secr.

Vermischtes.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat den Gehülfen des Ministers der Wegecommunication, Ingenieur-General-Lieutenant N. Petrow — zum Ehrenmitglied und das Mitglied des Conseils des Finanzministers, beständiges Mitglied des Medicinalraths, Geheimrath N. P. Sabugin, — zum correspondirenden Mitglied der Academie gewählt.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Jekaterinoslaw, wirkl. Staatsrath Dr. W. Lipski, ist zum estländischen Gouvernements-Medicinalinspector ernannt, während der bisherige stellv. estländische Gouvernements-Medicinalinspector, Colleg.-Rath Dr. Ssaweljew, nach Jekaterinoslaw als stellv. Gouvernements-Medicinalinspector übersiedelt.

— In Folge Erkrankung des Professors der Geburtshülfe und Gynäkologie Dr. Sslawjanski, sind dessen Functionen an der militär-medicinischen Academie unter drei Privatdocenten der Academie vertheilt worden, und zwar sind Dr. Masslowski — die Vorlesungen über operative Geburtshülfe, Dr. Massen — die Vorlesungen über die Physiologie und Pathologie der Nachgeburtsperiode und Dr. Ssadowski — die Leitung der Klinik übertragen worden.

— Zum Nachfolger des verst. Professors Stukowenkow auf dem Lehrstuhl der Syphilidologie und Dermatologie in Kiew ist der Privatdocent der milit.-medicinischen Academie Dr. S. P. Tomaschewski gewählt worden.

— Dem Stabs- und Bataillons-Arzt des preussischen Garde-Füsilierregiments Dr. Friedrich Ilberg in Berlin ist der russische St. Annen-Orden II. Classe verliehen worden.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg am 8. November plötzlich der noch junge Arzt Eugen Redrow, welcher erst i. J. 1894 den Arztgrad erlangte. 2) der Ordinator des Pensaschen Gouvernements-Landschaftshospitals Woldemar Storch im 44. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis übte der Verstorbene seit 1876 aus. — 3) Am 7. October am Schlage im Eisenbahnwagen auf dem Rückwege von einem Krankenbesuche der Fabriksarzt in Schepetowka (Gouv. Wolhynien) Ludwig Mikulski im Alter von 65 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher nach Absolvirung des Cursus in Warschau (1870) sich als Arzt im Flecken Schepetowka niederliess, wo er sich bald grosser Beliebtheit und einer ausgebreiteten Praxis erfreute, bekleitete seit 27 Jahren auch die Stelle eines Eisenbahnarztes und fungirte in den letzten 15 Jahren zugleich als Arzt an der örtlichen Zuckerfabrik. Trotz der so ausgebreiteten Thätigkeit hat er nur ein Capital von 7000 Rbl. hinterlassen, welches zum Lebensunterhalt seiner aus 8, zum Theil kranken Personen bestehenden Familie nicht ausreicht.

— In Paris ist der berühmte Hofzahnarzt Napoleons Thomas Evans, der 1870 gemeinsam mit Metternich und Nigra die Flucht der Kaiserin Eugenie aus den Tuilerien bewerkstelligte, in hohem Alter einem Schlaganfall erlegen. Er kam 1848 aus Nordamerika nach Paris wo er die Gunst Napoleons erwarb. Von umfassender Bildung unterhielt E. eine vielbesuchte Klinik für Zahnkrankheiten in Paris.

— Für den durch Prof. Marmés Tod erledigten Lehrstuhl der Pharmakologie in Göttingen ist Dr. Jacobi vom deutschen Reichsgesundheitsamte in Aussicht genommen.

— Dem Privatdocenten Dr. Egon Hoffmann (Otologe und Chirurg) in Greifswald ist der Professortitel verliehen worden.

— Im Arcadenhofe der Wiener Universität fand am 7. November n. St. die Enthüllung des Billroth-Denkmals statt, bei welcher Gelegenheit sein Nachfolger Prof. Gussenbauer die Festrede hielt.

— Der Privatdocent Dr. Siegmund Fuchs ist zum ausserordentlichen Professor der Physiologie an der Wiener Universität ernannt worden.

— Der bekannte Psychiater Prof. Forel, welcher wie wir bereits meldeten, von der Leitung der Irrenanstalt Burghölzli zurückgetreten ist, wird am Ende des Wintersemesters auch seine Lehrthätigkeit an der Universität Zürich aufgeben, um sich ganz seinen hirnanatomischen und vergleiend-anatomischen Studien zu widmen.

— Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten hat für die Diphtheriekranken der ärmsten Bevölkerung der Residenz 500 Gläschen Antidiphtherieserum gratis zur Verfügung gestellt und dieselben zur grösseren Bequemlichkeit in 30 hiesigen Apotheken und 4 Polizei-Krankenhäusern deponirt. Diejenigen Arzte, welche bei der Behandlung von armen Diphtheriekranken sich dieses Serums bedienen wollen, können die Blanquettes zum unentgeltlichen Ablass des Serums und das Verzeichniss der betreffenden Ablassstellen täglich von 10—4 Uhr in der Residenz-Medicinalverwaltung (Grosse Morskaja, 63) erhalten. Zugleich wird darauf aufmerksam gemacht, dass das Antidiphtherie-Serum jeder Zeit käuflich zu haben ist in folgenden Apotheken: Friedlander — Gorochowaja, 24; Anitschkow — Newski, 66; Bresinki — Newski 50; Alexander-Newski — Newski 113; Andrejewsche — Wassili-Ostrow 7. Linie, 18; Snamenskaja — Newski 83 und Panteleimon — Panteleimonskaja 21.

— Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades in der militär-medicinischen Academie haben am 4. November ihren Abschluss gefunden. Von den 145 Studirenden, welche zur Prüfung zugelassen worden waren, haben 143 den Arztgrad erhalten. Zu den Prüfungen behufs Erlangung der med. Doctorwürde, welche am 1. December in der Academie beginnen, haben sich 117 (20 mehr als im vorigen Jahre) gemeldet.

— Am 5. November beging die Universität Kasan ihren 93. Stiftungstag. Nach dem Jahresbericht zählt das Lehrpersonal gegenwärtig 119 Personen, darunter 54 ordentliche und 14 ausserordentliche Professoren, 45 Privatdocenten. Die Gesammtzahl der Studirenden beträgt 864, von denen 488 der medicinischen Facultät angehören.

— An der Tomsker Universität bestand nach dem auf ihrem Jahresact erstatteten Bericht das Lehrpersonal im verflossenen Studienjahr aus 43 Personen, darunter 12 ordentliche und 11 ausserordentliche Professoren. Die Zahl der Studirenden betrug am 1. Januar 1897 446, zu welchen noch 9 Pharmaceuten und 3 freie Zuhörer kommen. Im Laufe des Jahres verliessen 154 Studenten die Universität und 40 absolvirten den Cursus, von denen 37 den Arztgrad erlangten. Nicht weniger als 61 Studenten liessen sich an andere Universitäten überführen. Die überwiegende Mehrzahl der Studenten besteht aus ehemaligen Zöglingen geistlicher Seminarien!

— Von der neuen Anleihe der Stadt St. Petersburg im Betrage von 8 Millionen Rubel ist eine Million Rubel für die Verbesserung des Hospitalwesens in St. Petersburg bestimmt.

— Zum Besten der Leprösen im Jakuten-Gebiet sind beim Synod bis zum 1. October d. J. über 20,000 Rbl. eingelaufen.

— In der Irrenabtheilung des Gouvernements-Landschaftshospitals in Kischinew hat ein Tobsüchtiger einen anderen Geisteskranken erschlagen.

— In Hamburg erscheint neuerdings im Verlage von Gräfe und Sillem ein Journal unter dem Titel «Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen», welches der Anwendung der X-Strahlen in der Medicin gewidmet ist und von den Hamburger Aerzten Deycke und Albers-Schönberg redigirt wird.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Nov. d. J. 8041 (57 mehr als in d. Vorw.), darunter 592 Typhus — (21 wen.), 941 Syphilis — (22 mehr), 197 Scharlach — (9 mehr), 216 Diphtherie — (10 wen.), 42 Masern — (6 mehr.) und 21 Pockenkranke — (5 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. November 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
317	242	559	121	32	96	24	10	19	58	45	46	38	31	25	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 23, Diphtherie 46, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 44, Todtgeborene 25.

→ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 25. November 1897.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

→ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. November 1897.

Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber den angeborenen Hirnbruch.

Довв. ценз. Спб. 15 Ноября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, (4. December) 22. November **1897**

Ueber Ausspülungen der Harnblase: ihre Anwendung in der Praxis, ihren Missbrauch und ihre Contraindicationen[1]).

Von

Dr. J. Assmuth.

Manchem Leser, der diesen Fragen ferner steht, dürfte wohl die Sache nicht wichtig genug erscheinen, um Gegenstand einer besonderen Erörterung zu werden. Ich für mein Theil muss aber doch sagen, dass es durchaus nicht gleichgültig und unter Umständen von grosser praktischer Wichtigkeit ist, ob in einem gegebenen Fall systematische Blasenspülungen gemacht werden oder nicht. Ich will von vornherein bemerken, dass ich hier nicht von einer gelegentlichen Spülung oder von einer solchen rede, die als vorbereitender Act zu anderen Eingriffen geübt wird, sondern nur von systematischen, längere Zeit hindurch fortgesetzten Spülungen. Es handelt sich hier zugleich auch darum, eine besonders bei uns in Russland landläufige Anschauung auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Wo eine Cystitis vorhanden ist oder wo an das Vorhandensein einer Cystitis geglaubt wird, werden unverzüglich Blasenspülungen gemacht oder wenigstens vorgeschlagen. — Ich muss hier gleich einschalten, dass recht häufig von Cystitis gesprochen wird, wo sie überhaupt nicht vorhanden ist: es genügt nämlich nicht ein diffus getrübter Harn oder selbst der Nachweis, dass bei der sogenannten Zweigläserprobe beide Harnportionen mehr oder weniger getrübt sind, um die Diagnose «Cystitis» zu rechtfertigen. Erst wenn nachgewiesen worden ist, dass bei der Zweigläserprobe oder noch besser bei der Dreigläserprobe der Harn in allen Portionen gleichmässig getrübt ist, darf man von Cystitis reden und zwar auch hier erst dann, wenn es während einer längeren, womöglich über Tage und Wochen sich erstreckenden Beobachtungsdauer sich so verhält; denn bei der im Verlauf von Gonorrhoen so oft vorkommenden Urethritis posterior sind auch beide Harnproben trüb, da in diesen Fällen das Secret der Urethra posterior, wo es einigermassen reichlich ist, immer zum Theil in die Blase gelangt und dem Harn, namentlich wenn die Blase schwach gefüllt ist, wie beim häufigen Uriniren solcher Kranker meist der Fall, eine deutliche Trübung ertheilt. Diese Trübung ist aber sehr wechselnd und kann aus naheliegenden Gründen nach längerer Harnpause zeitweilig fast ganz verschwinden.

Hauptkriterium der Cystitis im Gegensatz zur Urethritis post. ist also die Constanz der Harnbeschaffenheit.

Wenn der Kranke, dem eine Blasenspülung vorgeschlagen worden ist, wirklich eine Cystitis hat, so ist der Vorschlag ja so übel nicht und erscheint ganz rationell. Mir kommen aber oft genug Kranke vor, deren Harn ganz klar ist und denen doch Blasenspülungen in Aussicht gestellt worden sind, ja noch mehr: es sind solchen Kranken monatelang Spülungen gemacht worden und dann ist der Harn allerdings gewöhnlich nicht mehr klar und die Patienten geben selbst an — das betrifft meist an chronischer Gonorrhoe Leidende — dass ihr Urin vor den Spülungen ganz klar gewesen und während der Cur immer trüber und zuletzt stinkend geworden sei. Die Ausspülungen sollten in solchen Fällen die noch nicht inficirte Blase vor dem etwa zu erwartenden Virus schützen. Dass unter den genannten Umständen die Blasenspülung nicht nur nicht indicirt, sondern geradezu schädlich ist, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Anders steht die Sache da, wo der Harn, ohne dass je vorher ein Instrument in die Blase eingeführt worden wäre, längere Zeit hindurch bei der Dreigläserprobe in allen Proben die gleiche diffuse Trübung zeigt, die von Schleim, Zellendetritus oder Eiter in Gemeinschaft mit Phosphaten herrührt (rein phosphatische Trübung muss natürlich ausgeschlossen werden). Hier wird fast von allen Seiten die Blasenspülung postulirt und doch muss ich für eine Reihe auch dieser Fälle mich da-

[1]) Nach einem im deutschen ärztl. Verein zu St. Petersburg am 18. Nov. 1896 gehaltenen Vortrage.

gegen erklären. Dies ist das streitige Gebiet und hier kommt es darauf an genau zu unterscheiden, in welchen Fällen eine Ausspülung der Blase wirklich nützt, respective nützen kann und in welchen nicht. Dazu müssen wir aber auf die Aetiologie der Cystitis näher eingehen, auf die Aetiologie im modernen Sinn oder sagen wir lieber auf das Wesen der Cystitis.

Wenn man die verschiedenen, sehr zahlreichen, von zum Theil hochachtbarer Seite aufgestellten Formen der Cystitis betrachtet und im Lichte der Erfahrung prüft, so erscheinen sie grossentheils schon desshalb nicht haltbar, weil das, was man unter der Bezeichnung «acute Cystitis» beschrieben findet, durchaus nicht immer als Cystitis gelten kann, sondern zum Theil als Prostatahyperämie, zu einem anderen grösseren Theil aber als Urethritis posterior aufgefasst werden muss.

Dieser Vorwurf trifft gewiss nicht alle Autoren; die meisten aber lassen sich — offenbar durch praktische Rücksichten — verleiten, ihren Eintheilungen ein Princip zu Grunde zu legen, das nicht dem natürlichen Vorgange selbst entnommen ist. Die von Guyon beliebte Eintheilung zum Beispiel, wo eine Cystitis der Prostatiker, eine Cystitis der Steinkranken, eine Cystitis der Stricturisten, eine Cystitis der Neoplastiker und auch eine Cystitis dolorosa als besondere Formen figuriren, kann nicht wohl den Anspruch erheben rationell zu sein, da sie eigentlich nur Begleiterscheinungen als Eintheilungsprincip kennt. Nur die Cystitis tuberculosa Guyons ist ohne weiteres als natürliche Gruppe anzuerkennen, worauf wir bald zurückkommen. Uebrigens kann man der Guyon'schen Eintheilung einen gewissen praktischen Nutzen nicht absprechen, da sie die Fälle allerdings nicht nach innerer Zusammengehörigkeit, wohl aber nach therapeutischen Gesichtspunkten gruppirt. Wenn man überhaupt Eintheilungen gelten lassen will, so verdient gewiss die Rovsing'sche vor allen anderen den Vorzug, denn sie basirt auf ätiologischen Verschiedenheiten und entspricht wirklich verschiedenen Krankheitsbildern, wenn auch oft genug Mischformen vorkommen.

Rovsing («Die Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Blasenentzündung» 1890) hat den Harn von 30 Cystitikern in bacteriologischer Richtung aufs genaueste durchforscht und eine Reihe hierbei gefundener Bacterien in Reincultur dargestellt, dann durch Injection solcher Reinculturen in die Blase von Kaninchen, denen unmittelbar darauf die Urethra für einen Zeitraum von 6—24 Stunden unterbunden wurde, wieder Cystitis erzeugt. Es ist ja bekanntlich lange vor dem Erscheinen der Rovsing'schen Arbeit durch eine Reihe von Publicationen bewiesen worden, dass die Injection von zersetztem Harn und, wie später gezeigt wurde, auch von Bacterienculturen nicht genügt, um Cystitis zu erzeugen, sondern dass dazu ausserdem eine Harnretention oder ein vorher schon bestehender Reizzustand erforderlich ist. Die bacteriologischen Befunde in cystitischen Harnen sind aber auch schon anderweitig Gegenstand von Veröffentlichungen gewesen und nicht darin liegt das Interesse und die Bedeutung der Rovsing'schen Arbeit, sondern in Folgendem:

Die Frage nach der Herkunft der im cystitischen Harn gefundenen Bacterien kann ja beim Feststehen der Thatsache, dass der in der Harnblase befindliche Urin eines gesunden Menschen bei sufficienter Blase eine vollkommen sterile Flüssigkeit darstellt, nur auf dreierlei Weise beantwortet werden:

1) Die Bacterien stammen aus der Urethra, — der bei weitem häufigste Fall, — und zwar können sie aus der Uretha mit Hülfe eines in die Blase eingeführten Instruments in diese hineingelangen oder sie können bei sehr schwachem Harnstrahl (schwere Stricturen oder Prostataverbildungen höheren Grades, die den Schlussapparat fast immer insufficient machen) auch ohne schiebendes Instrument die Blase erreichen.

2) Sie stammen aus der nächsten Nachbarschaft und gelangen mittelst Durchbruch eines Abscesses z. B. in die Blase; aber auch ohne Continuitätstrennung (per contiguitatem) können Bacterien aus dem Darm in die Blase einwandern. Für den Colibacillus ist dieser Invasionsmodus namentlich von französischer Seite vielfach urgirt worden [2]) und in allerletzter Zeit haben Posner und Lewin [3]) in höchst interessanter Weise die Rolle des Bacterium coli commune bei den Erkrankungen der Harnwege festzustellen gesucht und treten, indem sie dem Colibacillus eine dominirende Stellung bei der Cystitis zuweisen, vielfach zu Rovsing in Widerspruch, betonen übrigens, wie auch viele andere Autoren, dass sie die Bezeichnung Bacterium coli commune als Collectivnamen betrachtet wissen wollen.

3) Können die Bacterien von den Nieren her eingeschwemmt werden. Hierher gehören neben den Tuberkelbacillen, die wohl in der Regel auf diesem Wege in die Blase gelangen, alle diejenigen Bacterien, welche nach neueren Anschauungen durch die Harnwege aus dem Körper ausgeschieden werden und dabei selbstverständlich die Harnorgane gefährden (vergl. Ponfick, Berl. kl. Wochenschr. 1893. Bazy «Cystite par infection descendante» Ann. d. Mal. des org. génito-urinaires. 1893 u. Israel «Erfahrungen über Nierenchirurgi». Berlin 1894).

Ich möchte mich hier ausschliesslich mit der für die grosse Majorität der Fälle allein in Betracht kommenden Provenienz der Bacterien, nämlich mit der urethralen, beschäftigen.

Schon im Jahre 1864 hat bekanntlich Traube (Berlin klin. Wochenschr. pag. 233), dem sich später Niemeyer anschloss, auf die Entstehung von Cystitiden durch den Katheterismus aufmerksam gemacht (Fall von lange dagewesenen Blasenbeschwerden bei stets klarem Harn, der bald nach dem ersten Katheterismus trüb und stinkend wurde). Es ist ja möglich, dass in jener vorantiseptischen Zeit wirklich unsaubere Instrumente gelegentlich in Gebrauch gewesen sind; jetzt aber kann man das nicht wohl annehmen und es könnte deshalb räthselhaft erscheinen, warum denn auch bei peinlichster Beobachtung der antiseptischen Regeln dennoch ganz dasselbe geschieht. Auch jetzt noch sehen wir oft genug bei Kranken mit Retention, die vor der Anwendung des Katheters einen völlig klaren Harn hatten, denselben rasch sich trüben, wenn ein oder einige Mal katheterisirt worden ist. Es ist viel darüber hin und her gestritten worden, was die Ursache hiervon sei. Mangel an Contractilität der ausgedehnt gewesenen Blase mit consecutiver Schleimaspiration und Aehnliches ist angeschuldigt worden, aber eine befriedigende Erklärung war doch in diesen Deutungen nicht enthalten.

1887 erschien in der Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis eine Arbeit von Lustgarten und Mannaberg («Ueber die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra, des normalen Harns» etc.), in welcher die normale Harnröhre als reich an Bacterien dargestellt wird. Es waren 3—4 Arten Diplokokken und mehrere Staphylokokkenarten in der gesunden Urethra nachgewiesen, wodurch also die aprioristische Annahme vieler Autoren, speciell Leubes und Grasers («Ueber die ammoniakal. Gährung des Harns» Virchows Arch. Bd. 100 1885), dass nämlich der kräftige Strahl eines sterilen Harnes die Ansiedelung von Bacterien in der

[2]) Mosny et Albarran. «Sérotherapie anticolibacillaire dans les infections urineuses». Congrès médical à Nancy. Août 1896.

[3]) Posner und Lewin. «Untersuchung über die Infection der Harnwege». Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe. Bd. VII. Heft 7 u. 8. 1896.

Urethra verhindern müsste, widerlegt ist. Vor dieser Lustgarten'schen Arbeit ist von der Urethralflora nichts bekannt gewesen als der Smegmabacillus und der Tuberkelbacillus und diese beiden auch nur als seltene Gäste, oft schwer von einander zu unterscheiden, der erstere übrigens immer am Orific. urethrae ext., der letztere fast nur in der Urethra posterior anzutreffen. Ob nun aber die von Lustgarten und Mannaberg in der Harnröhre gefundenen Bacterien zu den in cystitischem Harn vorkommenden in Beziehungen stehen und in welchen, darüber erfahren wir in der genannten Arbeit nichts.

In dieser Frage Klarheit verschafft zu haben, darin besteht meines Erachtens das Hauptverdienst Rovsings. Er hat nämlich bei einer Durchforschung der normalen Urethra anterior (natürlich an Individuen, die nie an irgend einer Form von Urethritis gelitten hatten und auch an Kindern) in derselben alle die Bacterien wiedergefunden, resp. in Reincultur dargestellt. die er im Harn Cystitischer nachgewiesen hatte und die peinliche Genauigkeit der Versuchsanordnung, die sehr ausführlich beschrieben wird, sowie verschiedene Nachprüfungen dürften für die Zuverlässigkeit seiner Befunde hinlänglich bürgen. Ich will nur noch zur Steuer der Wahrheit hinzufügen, dass er einzelne Bacterienformen in der Urethra und nicht in der Blase et vice versa gefunden zu haben angiebt.

Die von ihm sowohl in der Urethra als in der Blase gefundene Flora gruppirt Rovsing folgendermassen:

1) Bacterien, die den Harnstoff zersetzen, aber keine Eiterung erregen:

a, Diplococcus ureae non pyogenes.
b. » trifoliatus.

2) Bacterien, die den Harnstoff zersetzen und Eiterung erregen:

a. Staphylococcus pyogenes aureus.
b. Micrococcus pyogenes flavus.
c. Coccobacillus ureae pyogenes.
d. Streptococcus ureae pyogenes.

3) Bacterien, die den Harnstoff nicht zersetzen, wohl aber Eiterung erregen. Hierher gehört nur der Tuberkelbacillus.

Entsprechend dieser Gruppirung unterscheidet Rovsing folgende Cystitisformen:

1) Cystitis catarrhalis. Im spärlichen Sediment kein Eiter oder nur wenige Leukocyten, dagegen viele Bacterien (Diplokokken), harnsaures Ammon, Tripelphosphatkrystalle und Epithelien. Leichter, kaum je eine Woche überdauernder Verlauf, nur anfangs starke Tenesmen und sehr häufiger Harndrang.

2) Cystitis suppurativa.

Mit hohem Initialfieber einsetzend, später in der Regel kein Fieber. Starke Tenesmen und sehr frequente Miction. Das Sediment besteht hier vorwiegend aus Eiterkörperchen, neben denen die Sargdeckelkrystalle, die Bacterien und Epithelien fast verschwinden.

Hier findet sich auch häufig Blut im Harn. Die Krankheit wird fast immer chronisch und führt nicht selten zum Tode.

3) Cystitis tuberculosa.

Die Tenesmen und die Schmerzen, sowohl während der Miction als namentlich nach derselben, erreichen hier ihren höchsten Grad. Blut ist dem Harn fast immer beigemischt und das Krankheitsbild schon deshalb sehr wechselnd, weil die Blasentuberculose fast nie als primäre Erkrankung auftritt. Der Harn reagirt, wo die Krankheit uncomplicirt, kein Instrument eingeführt, die Blase sufficient ist und keine Fistel besteht, stets sauer. Ist der Harnstoff durch irgend eine der genannten Complicationen zersetzt und der Harn alkalisch geworden, so lassen sich die Tuberkelbacillen, die ja im Harnsediment überhaupt durchaus nicht leicht zu finden sind, oft nicht mehr zur Anschauung bringen. Die alkalische oder richtiger ammoniakalische Beschaffenheit des Harns hindert die Färbung und auch wenn man den Urin ausserhalb des Körpers angesäuert hat, lassen sich die Bacillen nicht finden. Der Urin muss durch einige Tage lang fortgesetzten inneren Gebrauch von Borsäure sauer geworden sein, um die Färbung wieder deutlich werden zu lassen.

Wenn auch in der Praxis durchaus nicht immer reine Paradigmata dieser drei Gruppen zur Beobachtung kommen, so lassen sich die Fälle bei genauer Analyse der Erscheinungen doch meist einer oder der anderen Form subsumiren.

Es könnte auffallen, dass ich der gonorrhoischen Cystitis, die bei Guyon auch als besondere Form figurirt, gar nicht Erwähnung gethan habe. Ich glaube aber, dass man kein Recht hat von einer solchen zu sprechen wo sichs um correcte Bezeichnung handelt. Wenn wir im Gespräch diesen Ausdruck brauchen, so meinen wir damit eine Cystitis, die im Anschluss an eine Gonorrhoe entstanden ist; aber es scheint doch aus allen zuverlässigeren Arbeiten hervorzugehn, dass die im Verlauf chronischer Gonorrhoen entstehenden Cystitiden ihren Ursprung nicht der Einwanderung von Gonokokken in die Blase verdanken, sondern von anderen Bacterien (speciell dem Staphylococcus pyogenes aureus) erregt werden, also eine Mischinfection darstellen. Wenn auch die Behauptung Bumms (zur Aetiologie der puerperalen Cystitis». Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie, 1886 S. 102), dass der Gonococcus nur auf Schleimhäuten fortkommen könne, die mit Cylinderepithel bekleidet sind, nicht allseitige Bestätigung gefunden hat, so scheint es sich doch in der Regel so zu verhalten. Die sogenannte gonorrhoische Cystitis würde also in der Mehrzahl der Fälle zur 2. Gruppe, zu den suppurativen Cystitiden zu rechnen sein.

Fragen wir uns nun, von diesen Gesichtspunkten ausgehend, nach der Ratio der Blasenspülungen, so. meine ich, muss die Antwort lauten:

Bei der reinen Form der katarrhalischen Cystitis, wo keine Eiterung vorhanden, oder bei einer dieser Form nahestehenden Erkrankung dürfen wir keine Blasenspülung machen, denn die Einführung jedes Instruments muss vermieden werden, wo die Blase durch die ammoniakalische Harnzersetzung schon in einem Zustand der Hyperämie, also erhöhter Receptivität, sich befindet, wo wahrscheinlich schon Erosionen am Epithel vorhanden sind und somit durch Verschleppung pyogener Bacterien aus der Urethra schlimme Formen der Cystitis entstehen können. Das ist um so mehr zu beachten als solche Fälle, die wohl jeder beschäftigtere Arzt gesehen hat, in ganz kurzer Zeit ablaufen und kaum je unangenehm werden, wenn man den Kranken eine blande Diät und etwas Borsäure innerlich zukommen lässt.

Bei tuberculöser Cystitis, die ja nicht ganz selten rein aber fast nie als primärer Herd der Tuberculose auftritt, verbietet sich die Spülung wegen der furchtbaren Schmerzhaftigkeit und der fast immer danach auftretenden beträchtlichen Verschlimmerung von selbst.

Bleibt also nur die eitrige Cystitis zu berücksichtigen und das ist ja auch naturgemäss das eigentliche Gebiet der Blasenspülungen. A priori wäre auch garnichts gegen die Anwendung des Mittels in diesen Fällen zu sagen, denn diejenigen Bacterien, die von der Urethra aus in die Blase geschleppt werden könnten, sind schon da und man sollte doch glauben, dass die Blase durch diese Manipulation immer entlastet werden müsste. Es liegt ja nahe und erscheint durchaus plausibel die Blase durchzuspülen, wenn man ihr einen dickschleimigen, trägflüssigen Harn entfliessen sieht mit den bekannten strang-

förmigen Gebilden des sogenannten Alkalialbuminats; und der unmittelbare Effect ist ja auch gut, oft sogar glänzend — sonst hätte sich die Methode nicht so einbürgern können. Aber sehr bald muss man die Manipulation wiederholen und die Dauer des günstigen Effects wird gewöhnlich rasch kürzer und kürzer. Die Neuproduction von Schleimmassen geht mit der Spülung resp. nach der Spülung entschieden rascher vor sich als ohne dieselbe oder vor derselben. Ist dann längere Zeit gespült worden und will man dem Kranken die Procedur zeitweilig ersparen, ihm Ruhe geben, so zeigt sich, dass in wenigen Tagen schon der Zustand des Harns (und des Kranken) viel schlechter ist als vor dem Beginn der Spülungen. Es genügt dann bald nicht mehr, die Spülung einmal täglich zu bewerkstelligen, es muss 2—3 Mal täglich geschehen, was schon eine sehr lästige Sache ist.

Unmittelbar schädlich wirkt die Manipulation bei allen Kranken, die an sogenannter Cystitis dolorosa leiden, d. h. eine schon gegen ganz geringe Füllungsgrade sehr intolerante Blase besitzen, ein Symptom, das bei den verschiedensten Cystitiden vorkommen kann. Da ist die Schmerzhaftigkeit der Procedur so enorm, dass wohl selbst der grösste Spülfanatiker von seinem Vorhaben abstehen wird.

Die Contraindicationen ergeben sich aus Vorstehendem von selbst: Cystitis tuberculosa oder irgend eine andere Form von Cystitis dolorosa sowie die katarrhalische Cystitis schliessen die Spülung aus. Ferner sehe ich auch in Complicationen von Seiten der Niere oder des Nierenbeckens eine Contraindication, weil erfahrungsmässig die nephropyelitischen Processe dabei stets exacerbiren sowie bei jedem anderen chirurgischen Eingriff an den unteren Harnwegen, was ja auch verständlich ist wenn man bedenkt, dass jeder mechanische oder chemische Reiz bacterielle Wanderungen im Nachbargebiete hervorruft und zwar um so eher, je mehr der Boden durch früher schon bestehende infectiöse Processe zur Aufnahme solcher Invasionen geeignet ist. Wenn auch der feinere Mechanismus des Herganges dabei unbekannt ist, so scheint doch soviel sicher, dass jeder selbst unblutige operative Eingriff an der Harnröhre oder Blase bei nicht intacten Nieren resp. Nierenbecken einer Neuinvasion in diese Gebiete oder dem Wiederactivwerden und Auffrackern latent gewordener Krankheitsprocesse in gefährlichster Weise Vorschub leistet.

Bedingt indicirt ist die Blasenspülung, d. h. versuchsweise darf sie angewandt werden bei eitriger Cystitis ohne grosse Intoleranz der Blase gegen Dehnung und auch hier nie im Initialstadium.

Unbedingt indicirt ist sie nur da, wo in Fällen von completer Retention der Katheter nicht mehr im Stande ist dem Kranken ein erträgliches Dasein zu schaffen.

Hier darf die Spülung nicht mehr unterlassen werden und dann bildet auch eine Complication von Seiten der Nieren keine Contraindication mehr. Bevor man sich aber zur Spülung entschliesst muss man auch hier nicht vergessen, dass selbst die insufficiente Blase mit ihren Bacterien zuweilen noch fertig wird, wenn man sie nur regelmässig entleert. Sie wird es aber meistentheils nicht mehr, wenn man einmal angefangen hat Spülungen zu machen.

Referate.

Béla Angyán (Professor). Die Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Ungarische medicin. Presse Nr. 41. 1897.

In den letzten Jahren hat Verf. eine Reihe von Fällen dieser Krankheit beobachtet und die verschiedenen Behandlungsmethoden in Anwendung gezogen. Am günstigsten erwies sich die von ihm empfohlene subcutane Sublimatinjection neben der Anwendung von Eisbeutel. Dieses Vorgehen wandte Verf. bereits 1886 an: es waren 3 Fälle von epidemischer Cerebrospinalmeningitis, von denen genasen zwei, der dritte ging zu Grunde. Die Injectionen wurden der Wirbelsäule entlang applicirt und zwar bei Erwachsenen täglich 0,01 bei Kindern 0,005—0,05, so lange das Fieber anhielt und die Kopf- und Rückgratschmerzen, sowie die Halsstarre nicht schwanden. Auf diese Weise behandelte Angyán 1895 sechs Fälle, 1896 — 20 Fälle und 1897 — einen, zusammen 27 Kranke, von denen 19 = 70,3% genasen. Die Fälle gehörten zu den acuten und subacuten, im Alter von 3—30 Jahre. Die Zahl der vorgenommenen Injectionen bei den geheilten Patienten schwankte zwischen 4—24. Im Allgemeinen vertrugen die Patienten die Injectionen ganz gut, nur in einem Falle trat nach der 14. Injection ein schwacher Speichelfluss auf. Die vom Verf. nach den Sublimatinjectionen beobachteten Erscheinungen waren: 1. Meistens schon nach der 2. bis 3. Injection klärte sich das Bewusstsein der Kranken, die Erregungserscheinungen waren gelindert die Kopfschmerzen liessen nach die Patienten konnten schlafen. 2. Nach 5—6 Injectionen, kehrte das Bewusstsein meist ganz zurück, der Schlaf wurde ruhiger und anhaltender. Nach 7—9 Injectionen liess gewöhnlich die Nackenstarre nach, ebenso das Fieber. Verf. meint, dass das Sublimat die Bildung der Entzündungsproducte verhindern kann; es weisen darauf hin die zur Obduction gekommenen Fälle, wobei die Entzündungsproducte sehr gering waren und zwar hatten sie mehr den fibrinösen, als den eitrigen Charakter. — Von der Anwendung der heissen Bäder nach Aufrecht hat Verf. keinen Nutzen gesehen, ebenso ablehnend hält er sich den Quincke'schen Punctionen gegenüber. Was die antiphlogistischen Mittel anlangt, so soll man den Aderlass nur für die sog. hyperacuten Fälle reserviren, und da nur bei kräftigen Individuen. Sehr gute Wirkung entfalten prolongirte Eisumschläge, auf Kopf und Nacken, sowie die Chapman'schen Schläuche auf die Wirbelsäule.

Abelmann.

G. Sticker. Mittheilungen über Lepra: (Münch. medic. Wochenschrift. Nr. 39, 40).

Verfasser hat als Mitglied der deutschen Pestcommission in Indien Gelegenheit genommen, die Insassen des Lepraasyles Matunga und einige frei lebende Lepröse in Indien und Aegypten genauer zu untersuchen. Er konnte dabei feststellen, dass der Ort, von welchem alle Leprakranken während der längsten Zeit ihrer Krankheit die Leprabacillen regelmässig und meistens in ungeheurer Menge an ihre Umgebung abgeben, die Nase ist, zugleich der Ort, an welchem die Lepra den gesunden Körper zuerst befällt. Diesen Satz von der Bedeutung des Nasenexcrets als Infectionsträger bei der Lepra gründet der Verfasser auf die Untersuchung des Nasenschleimes von 153 Leprösen. Von diesen litten 57 an Knotenlepra, 68 an Nervenlepra, 28 an Mischformen. Von 57 mit Knotenlepra hatten 55 Leprabacillen im Secret, welches von den kranken oder scheinbar gesunden Stellen der knorpligen Scheidewand, des Nasenbodens oder der unteren Muschel abgeschabt wurde. Bei 21 von diesen 55 waren die Bacillen massenhaft vorhanden, wie eine beigegebene Zeichnung zeigt. Bei 31 Kranken waren die Haufen von Bacillen weniger dicht, bei den übrigen nur spärlich. Von den 68 Fällen mit Nervenlepra hatten 45 Bacillen in der Nase, 23 nicht. Bei den letzteren hatte die Krankheit in den letzen Jahren keine ersichtlichen Fortschritte gemacht. Unter den 28 Kranken mit Lepra mixta hatten 27 Bacillen im Nasenexcret. Im Ganzen wurde also bei 153 Leprösen 128 mal die mehr oder weniger reichliche Anwesenheit von Leprabacillen in der Nasenabsonderung festgestellt. Es verdient betont zu werden, dass in den weitaus meisten Fällen die Untersuchung nur einmal an 1 oder 2 Deckglaspräparaten (mit Carbolfuchsin und Methylenblau gefärbt) gemacht zu werden brauchte, um das positive Resultat zu gewinnen. In 27 Fällen untersuchte Verfasser die Absonderung tuberöser Hautgeschwüre und erhielt 10 mal einen positiven Befund, aber nur 3 mal in annähernd der Menge, wie sie dem zweiten Grad des Bacillengehaltes im Nasenschleim entspricht. Um sich zu vergewissern, ob viele der Bacillen aus der Nasenhöhle von den Patienten verschluckt werden, untersuchte Verfasser mehrmals den Rachenschleim; in 21 Fällen nur 9 mal mit Erfolg. Der Harn von 5 Patienten, in deren Blut die Bacillen kreisten, enthielt keine Bacillen, ebensowenig der Schweiss und der Speichel. Nur bei einem Leprösen mit einem Geschwür am Gaumen fanden sich Bacillen im Speichel.

Die ersten sichtbaren Veränderungen an der Nasenschleimhaut stellen sich als einfache trockene Hyperämie einer kleinen umschriebenen Stelle, oder als blasse Schwellung der Schleimhaut über dem vorderen Theil des Septums dar. In vorgeschrittenen Fällen sieht man flache oder tiefgreifende Geschwüre auf dem knorpligen Septum. Doch kann auch eine derbe harte Schwellung am Septum entstehen, die zu Stenosen führt. In den Fällen, in welchen der Gewebszerfall vorherrscht, kommt es allmählich zur runden, scharfen Perforation des

Septums und zu weiteren Zerstörungen des Nasengerüstes. Das Excret der erkrankten Schleimhaut kann schleimig, eiterig oder eigenthümlich leimartig sein und letzteres ist ganz besonders bacillenreich.

Nach einigen Beobachtungen glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, dass der pathologische Process in der Nase der Primäraffect der Lepra ist und im Incubationsstadium der Krankheit, das bekanntlich sehr lange dauern kann, durch Anwesenheit der Bacillen bereits für die Umgebung gefährlich werden kann. Die weitere Ausbreitung vom Primäraffect in der Nase auf den übrigen Körper kann sich auf dem Wege der Lymphbahnen und der Blutbahn vollziehen. Bei der tuberösen Form sind es die Lymphgefässe und Saftkanälchen in der Haut, welche die regionäre Verbreitung der Bacillen gestatten. Die zweite Art der Verbreitung ist seltener. Jedenfalls erscheint die energische Behandlung des Primäraffectes nicht nur im Prodromalstadium der Lepra, sondern auch später dringend indicirt, um, wenn nicht dem Kranken zu helfen, doch seine Umgebung vor der Uebertragung zu schützen. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. W. Hubert: Die Blattern und die Blatternimpfung. Jubiläumsausgabe d. Russ. Gesell. z. Wahrung d. Volksges. I. Th. 5?3 S. gr. Form.

Unter dem Titel «оспа и оспопрививание» hat Verf., anlässlich der vorigjährigen säcularen Jenner-Feier, in russischer Sprache ein Werk veröffentlicht, welches etwas verspätet zur Ausgabe gekommen, aber seiner Aufgabe. die Lehre von den Blattern und der Blatternimpfung in möglichster Vollständigkeit wiederzugeben, nicht allein durchaus gerecht geworden ist, sondern auch in allen Beziehungen eine hervorragende, schöne Bereicherung der allgemeinen medicinischen Literatur darstellt und nächstens, wie verlautet, auch schon in's Englische übersetzt werden soll. Mit enormem Fleisse hat H. im Laufe von 15 Jahren die Materialien zu seiner Arbeit gesammelt und jetzt im Auftrage und auf Kosten der oben genannten Gesellschaft als abgerundete, übersichtlich zusammengestellte, vorzüglich angelegte und corrigirte Prachtausgabe erscheinen lassen. Von der Grösse der gehabten Mühewaltung bekommt man einen Begriff, wenn berücksichtigt wird, dass zur Abfassung bloss des zunächst erschienenen I. Bandes c. 1000 literärische Quellen herangezogen, zahlreiche Verhandlungen und Correspondenzen mit dem In- und Auslande gepflogen, öffentliche und private Sammlungen durchforscht und Alles historisch geordnet werden musste. Als werthvollste Fundgruben, denen der Verf. seinen Dank ausspricht, erwiesen sich: die Kais. öffentl. Bibliothek, die Academie der Wissensch., die Kais. Ermitage, die Academie der Künste, die Milit.-medic. Academie, die Universitäten von Tomsk und St. Petersburg, die Archive der Stiftungen der Kaiserin Marie und des Medicinaldepartements, die Londoner Epidemiologische Gesellschaft und mehrere Privatpersonen. — In den ersten sechs Capiteln sind die ältsten geschichtlichen Nachrichten über die Blattern, thunlichst nach eigener Einsicht in die Original-Schriftdenkmäler und oft unter Betheiligung von Sprachforschern, kritisch verarbeitet und zwar werden die resp. ägyptischen, chinesischen, indischen, jüdischen, arabischen, griechischen und römischen Quellen der Reihe nach berücksichtigt, wichtige Urtexte reproducirt, Schriftproben wiedergegeben und Uebersetzungen geliefert (z. B. ist die ganze umfangreiche Abhandlung des Rhases oder Râzi «über die Blattern» von H. in's Russische übertragen). Cap. VII behandelt die Geschichte der Blattern im Mittelalter, Cap. VIII die des XVI, XVII und XVIII Jahrhunderts. Cap. IX schildert die Geschichte der Variolation (der künstl. Inoculation von Variola vera), Cap. X die Geschichte der Blattern in Russland bis zum XIX Säculum (wobei die alten Chroniken «лѣтописи» vielfach im Wortlaut citirt werden) und Cap. XI die Variolation in Russland. Im folgenden Capitel werden die interessanten Vorgänge und die historische Bedeutung der Blattern-Inoculation bei der Kaiserin Katharina II in fesselnder Weise beschrieben und dann reihen sich vier Capitel an, welche ausschliesslich Edw. Jenner und seiner genialen Schöpfung der Vaccinationslehre im Jahre 1796 gewidmet sind. Verf. giebt seiner schönen Begeisterung für Jenner, diesen grossen Wohlthäter der gesammten Menschheit auf jeder Zeile Ausdruck, beschreibt im Detail sein Leben, die Entstehung und Begründung seiner Schutzimpfungen, die Widerwärtigkeiten welche er zu überwinden und die grossartige Anerkennung welche er schliesslich zu verzeichnen hatte. In einem dieser letzten Capitel wird die erste russische Uebersetzung der Jenner'schen Werke, welche Hubert schon 1887 verfasste, gegeben und im Schlusscapitel werden die ersten Jahre der Einführung der Vaccination in Russland und den anderen Ländern beschrieben. Sehr angenehm berührt den Leser, welcher durch die beständige geschickte Hineinflechtung interessanter Details in steter Anregung erhalten wird, der ganz objective, unparteiische Standpunkt des Verf., welcher wahre Verdienste (so z. B. die zeitgemässen Kanzelvorträge und einzig dastehenden Tabellen des Pastors J. Ch. Grot von der Evang.-Katharinenkirche zu St. Petersburg) in's richtige Licht stellt, manchem halbvergessenen Menschenfreunde in Wort und Bild ein unvergängliches Monument aufrichtet. überall aber auch etwaige Gegner unbeanstandet zu Wort kommen lässt. Wenn auch dann und wann Wiederholungen vorhanden sind, so scheinen mir diese doch, wegen Abrundung der einzelnen Capitel, unvermeidlich. Einen nicht zu unterschätzenden Schmuck des Werkes bilden die zahlreichen, theilweise luxuriösen Illustrationen, welche in unserer Expedition z. Anfert. v. Staatspap. hergestellt sind. Im Text finden sich weit über hundert kleinere Abbildungen (Portraits, Darstellungen wichtiger Scenen, Gebäude und Denkmünzen. Reproductionen von seltenen Documenten etc.) und ausserdem sind 52 Vollbilder vorhanden, welche, oft schön colorirt, ebenfalls Personen und Begebenheiten aus der Geschichte der Blattern widergeben oder das Aussehen des Variola- und Variolations-Exanthems, so wie der Vaccinabläschen bei Thieren und Menschen verdeutlichen. Mit Vergnügen sehen wir dem zweiten Bande des Hubert'schen Buches, der die Geschichte der Blattern und der Schutzblatternimpfung im XIX Jahrhundert. so wie die Lehre von den Blattern und Schutzblattern in theoretischer und practischer Beziehung bringen soll, entgegen. Fremmert.

Prof. N. Filatow: Vorlesungen über acute Infectionskrankheiten im Kindesalter. Nach der II russischen Auflage übersetzt von Dr. Polonsky. Wien. Verlag von Safár. 1897.

Durch Uebersetzung des Filatow'schen Buches ist es auch den deutschen Collegen ermöglicht, sich mit dem Studium desselben zu befassen und sich von seinen Vorzügen, deren grösster wohl in der genauen, wenn auch oft zu weitschweifigen Darstellung des klinischen Bildes liegt, zu überzeugen. Da bereits über das russische Original referirt worden ist, wollen wir uns auf einige kurze Bemerkungen über die vorliegende, vom Autor speciell durchgesehene und ergänzte Uebersetzung beschränken. Die Ergänzungen betreffen die Kapitel über die Diagnostik der sogenannten acuten Rachitis, über die Diazoreaction des Harnes beim Typhus, über die neueren Untersuchungen des Herzmuskels und des Nervensystems bei Diphtherie, über die Eigenschaften des Harnes bei Keuchhusten u. s. w. Die Sprache ist im allgemeinen klar und fliessend, wenn auch einige Uebersetzungsfehler mit untergelaufen sind. So ist z. B. auf Seite 313 dem Uebersetzer ein merkwürdiger Lapsus passirt: er hat das russische Wort Kumatsch zum Namen eines (vorläufig unbekannten) Autors gestempelt. Auf Seite 300 ist der Name des russischen Autors Касторскiй in einen weniger wohlklingenden als erklärlichen Kastorski verwandelt. Ferner hat der Verf. leider auch in die deutsche Uebersetzung die in der zweiten russischen Auflage mit wenig Glück durchgeführte Unterscheidung zwischen Grippe und Influenza aufgenommen und dadurch auch seinerseits zur Verdunkelung eines einheitlichen Krankheitsbildes beigetragen, das allerdings im Kindesalter vielfachem Wechsel unterworfen ist.

Der Preis von 12 Mark dürfte für das 570 Seiten zählende Buch zu hoch sein, wenn man erwägt, dass das russische Original $2^{1}/_{2}$ Rbl. kostet. Weyert.

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Pernau.

4.—6. Juni 1897.

Zweite Sitzung.

(Schluss).

5. Die Stellung des Vereines Livländischer Aerzte zur Presse.

Dr. Truhart. Obwohl dieser Punkt nicht auf der Tagesordnung steht, so glaube ich doch, die Frage über die Stellung des Aerztetages zur Presse hierselbst zur Discussion bringen zu müssen. In diesem Jahre soll, wie ich soeben privatim erfahre in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga dieselbe Frage zur Sprache gekommen sein und hatte dieselbe zu einer Resolution geführt, welche in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift in der letzten Nummer in den Druck gelangte. In derselben Sitzung des Vereines der praktischen Aerzte zu Riga wurde auch das Verhältniss des Livl. Aerztetages zur Presse berührt und dadurch der äusere Anlass geboten, diese Frage heute auch hier zu verhandeln. Der Herr Secretair wird über diese Vorgänge berichten. Ich brauche wohl nicht zu betonen, dass wir in dieser Frage gerne eine Verständigung mit dem Verein prakt. Aerzte zu Riga anstreben wollen, soweit solches unsere Ueberzeugung gestattet.

Dr. Behr-Riga. Auf der Maisitzung des ärztlichen Vereines zu Riga lagen folgende Propositionen vor, die ich für meine Pflicht halte dem Livl. Aerztetage zu unterbreiten, damit er über dieselbe debattire und eventuell seine Stellung ausspreche.

Herr Dr. v. Radecki schlug vor:

Der ärztliche Verein zu Riga möge auf dem Livl. Aerztetage dahin wirken, dass hinfort die Berichterstattung über die Verhandlungen desselben in den Spalten der Tagespresse nicht den Rahmen einer einfachen Mittheilung überschreite.

Herr College v. Radecki meinte seine Proposition wäre die Consequenz der Verhandlungen des ärztlichen Vereines zu Riga über die Frage in wie weit es opportun sei, medicinische Fragen in der Tagespresse zu verhandeln. (cf. Protokoll der Maisitzung und gedruckte Resolution in der St. Petersburger Wochenschrift). Der Verein prakt. Aerzte zu Riga lehnte diese Frage ab, weil er sich nicht für competent hielt in die Befugnisse eines anderen Vereins einzugreifen.

Ich bemerke ausdrücklich, dass ich nicht im Namen des Herrn Dr. v. Radecki spreche, sondern die Frage als solche dem Aerztetage vorlege, da es mir scheint, dass dieselbe wichtig genug ist um unsere Stellung zu praecisiren.

Dr. Truhart. Da Herr College v. Radecki hier nicht anwesend ist um seinen Vorschlag zu motiviren, so richte ich an die Anwesenden die Frage, ob jemand hier in der Versammlung diesen Antrag aufrecht erhalten will oder nicht!

Dr. Voss-Riga. Die Frage, wie sollen wir uns zur Presse stellen, ist heute gewissermassen acut, da, wie ich soeben erfahre, ein Vertreter der politischen Tagespresse darum nachsuchte unsere Versammlungen zu besuchen.

Ich stelle daher den Antrag: der Livländische Aerztetag soll hinfort keine Referate in der Tagespresse dulden und sich nur auf die Veröffentlichung der Tagesordnung beschränken. Die Protokolle des Vereines Livländischer Aerzte werden ja in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift abgedruckt und stehen jedem, der sich für diese Verhandlungen interessirt frei zur Verfügung.

Dr. Truhart. Ich ersuche Herrn Dr. Voss seinen Vorschlag näher zu motiviren, da ich die Zweckmässigkeit desselben nicht recht einsehe.

Dr. Voss-Riga. Wir haben in der letzten Zeit wiederholt erlebt, dass die Tagesblätter medicinische Themata aufgreifen, dieselben verarbeiten und dazu beitragen das Urtheil des Publikums zu verwirren und die Kranken zu beunruhigen. So durcheilte in jüngster Zeit die Presse die Nachricht, in Petersburg wäre eine seltene Wirbeloperation (Callot) ausgeführt. Die Operation war detaillirt beschrieben, die Erfolge aufgebauscht und erweckten, wie ich genau weiss, in vielen Kranken grosse Hoffnungen. Wir können es ja unmöglich verhindern, dass die Presse medicinische Tagesfragen bespricht, aber so viel an uns liegt, müssen wir Aerzte nicht dazu beitragen Dinge ins Publicum hineinzutragen, die der Laie nicht begreift und die den Arzt misscreditiren. Man kann darüber streiten, welche medicinische Fragen gehören in die Presse und welche nicht. Um daher allen derartigen Missverständnissen die Spitze abzubrechen, bin ich der Ansicht, es wäre das Beste wir beschränken uns darauf in den politischen Tagesblättern die Tagesordnung zu veröffentlichen, aber von einer detaillirten Berichterstattung Abstand zu nehmen.

Director Tiling-Rothenberg. Ich möchte zu den Aeusserungen des Herrn Collegen Voss noch einige Gründe hinzufügen, welche auf jener Sitzung des ärztichen Vereines zu Riga, so weit ich mich erinnere, angeführt wurden. Im Princip waren Alle darin einig, es wäre falsch medicinische Tagesfragen in der Presse zu behandeln, da dieselben das Publicum beunruhigen und verwirren. Die Referate über die Verhandlungen des Livl. Aerztetages sind bis jetzt in der Weise gehandhabt worden, dass die Herrn Referenten unterschiedlos gleichsam protokollarisch alle Fragen der Tagesordnung berichteten. In diesen Berichten wurden die Fragen, welche praktisch eine grosse Bedeutung besitzen und die theoretischen Streitfragen, nicht genügend auseinandergehalten. Ja es wurden sogar bisweilen in den Referaten die verschiedenen Ansichten der Redner hervorgehoben. Die Laien, welche die widersprechenden medicinischen Meinungen in der Presse lesen, begreifen derartige Differenzen, die ja uns selbstverständlich erscheinen, garnicht, sondern sie ziehen daraus den Schluss, die Aerzte wüssten selbst nicht genau, wie es mit dieser Frage bestellt wäre. Die protokollarische Veröffentlichung der Verhandlungen in den Tagesblättern bringt dem Publicum keinen Nutzen sondern schadet demselben. Besonders empfinden es die Hausärzte, welche Verwirrungen derartige Berichte anrichten, da ihnen Fragen vorgelegt werden, welche sie unmöglich im Stande sind zu beantworten. Dazu kommt noch, dass viele Referate falsche Angaben enthalten, da sie aus dem Gedächtnisse niedergeschrieben werden und dadurch, wie mir aus einigen Fällen bekannt ist, Verwirrung anrichten. Wenn somit einerseits die Besprechungen specieller medicinischer Tagesfragen nicht zu wünschen, so muss man doch anderseits zugeben, dass es nothwendig ist allgemeine medicinische Fragen, wie z. B. die Lues, die Lepra etc. die praktisch eine grosse Bedeutung besitzen, in der Presse möglichst breit zu behandeln. Es scheint mir, als ob der Vorschlag des Herrn Collegen Voss doch zu weit geht, wir werden der Mitwirkung der Presse in allen derartigen Fragen nicht entbehren können, wir sollen uns aber bemühen, nur über solche Dinge zu schreiben, die das Publicum aufklärend und fördernd beeinflussen.

Prof. Dehio. Ich erinnere mich einmal in Deutschland auf einem Congresse für innere Medicin eine ähnliche Verhandlung, wie die heutige mitgemacht zu haben. Auch dort ging ein Sturm des Unwillens durch die Versammlung über den Missbrauch den die Tagespresse mit der Veröffentlichung medicinischer Streitfragen anrichtet und auch dort wurden dieselben Gründe wie heute entwickelt. Wenn ich nun auf den Vorschlag des Herrn Dr. Voss zurückkomme, so muss ich bemerken, dass er sich praktisch wohl nicht durchführen lassen wird. Die Stellung der medicinischen Wissenschaft ist heutzutage eine andere als vor 100 Jahren, die Medicin hat gegenwärtig eine grosse sociale Bedeutung, das Publikum interessirt sich für die Fortschritte der Forschung in gleicher Weise, wie für die Fortschritte der Physik, der Astronomie etc. Die Medicin ist sogar in einem gewissen Sinne populär und mit dieser Strömung müssen wir als Aerzte rechnen. Es ist daher unmöglich, dass wir schweigen und uns nach dem Vorschlage des Herrn Dr. Voss auf die Veröffentlichung der Tagesordnung beschränken. Das Publicum, welches ja daran gewöhnt ist, dass die Verhandlungen in der Tagespresse besprochen werden, würde durch eine solche Stellung unsererseits nur misstrauisch werden und sein Ohr falschen Gerüchten leihen. Wir dürfen daher absolut nicht schweigen, sondern ich erlaube mir der Gesellschaft einen Ausweg vorzuschlagen, nach der Analogie des Congresses für innere Medicin. Der Congress für innere Medicin betraute eines seiner Mitglieder, z. Z. den Dr. Dolega in Leipzig mit der Berichterstattung für die Presse. Es bleibt dem Tact dieses Berichterstatters überlassen das zu veröffentlichen was seiner Ansicht nach nothwendig dem Publicum zur Kenntniss gebracht werden muss und das zu verschweigen, was die Laienwelt beunruhigt und das Ansehen des Aerztestandes schädigt. Ich glaube wir thäten gut diesen Modus bei uns einzuführen und eines unserer Mitglieder dazu zu bestimmen, die Presse mit Berichten zu versorgen. Auf diese Weise würden wir dem Publicum entgegenkommen und anderseits eine Garantie haben, dass nicht durch unnütze Publicationen Missverständnisse im Publicum geschaffen worden.

Dr. Behr-Riga. Die Herren von der Presse würden, soweit mir Zeitungsverhältnisse bekannt sind, mit einem solchen Auswege zufrieden sein. Die Berichte in den Zeitungen würden, falls der soeben vorgeschlagene Modus zur Anwendung gelangen sollte, sehr ähnlich sein, das ist es aber nicht, worauf es der Presse ankommt. Sie wünscht vor Allem die Schnelligkeit der Berichterstattung und das liesse sich ja erreichen.

Dr. Hartge-Dorpat. Ist es nicht möglich, dass wir uns bei der Veröffentlichung der Verhandlungen in der Tagespresse eines ähnlichen Modus bedienen, wie andere Gesellschaften z. B. die gelehrte Esthnische Gesellschaft, die ihre Verhandlungen durch den Secretär in den Zeitungen publiciren lässt.

Dr. Sadikoff-Talsen. Um auf den von Herrn Dr. Voss erwähnten Fall zurückzukommen, dass heute ein Laie, ein Berichterstatter einer Zeitung die Versammlung besuchen wollte, so möchte ich bemerken, dass unsere Versammlung dieses nie gestatten sollte.

Dr. Koppel. Ich glaube wir können uns garnicht davor schützen, dass unsere Verhandlungen öffentlich bekannt werden. Die genauen Protokolle werden ja in den Fachblättern abgedruckt und sind jedermann zugänglich. Es steht der Presse dann nichts im Wege dieselben nachzudrucken, wenn sie der Ansicht ist durch eine Veröffentlichung derselben ihren Leserkreis zu interessiren. Um aber zu vermeiden, dass der Laie die Berichte falsch auffasst, oder dass dieselben beim Abdruck entstellt werden, wäre es daher doch das Beste, nach dem Vorschlage des Prof. Dehio, wenn der Aerztetag von sich aus einen Referenten erwählte um die Presse mit Nachrichten zu versorgen. Eine zu grosse Heimlichkeit in medicinischen Dingen ist nicht nur nicht angebracht, sondern auch keineswegs dazu angethan die ärztliche Autorität zu stärken, dazu gehört wohl noch manches andere.

Director Tiling. Wie ich aus den Verhandlungen ersehe, sind wir ja im Grunde genommen alle darin einig, dass man die Presse keineswegs bei Seite lassen darf, sondern dass in der Form und in der Wahl der Stoffe, die zu einer öffentlichen Besprechung gelangen ein Mass herrschen muss. Das war es ja, was wir in Riga anstrebten, nichts anderes.

Dr. Poorten. Ich muss mich Herrn Dr. Voss darin anschliessen dass wissenschaftliche Erörterungen nicht in die

Tagespresse gehören. Diesem Zwecke dienen die Zeitschriften, in welchen die Verhandlungen veröffentlicht werden. Anderseits aber werden allgemeine Fragen wie z. B. die Leprafrage, an der nicht nur die ärztliche Welt, sondern auch das ganze Land ideell und materiell theilnimmt in der Presse wohl eine Berücksichtigung finden müssen.

Dr. Truhart. Ich kann Herrn Collegen Voss darin durchaus nicht bestimmen, dass wir uns nur auf die Veröffentlichung der Tagesordnung beschränken sollen. Die medicinische Wissenschaft ist heutzutage so populär und das Interesse des Publikums an den Erfolgen derselben ist so allgemein, dass es unmöglich scheint die Verhandlungen mit Stillschweigen zu übergehen und sich nur auf das wissenschaftliche Protokoll in den Zeitschriften zu beschränken.

Der Livländische Aerztetag hat seit der Zeit seines Bestehens immer sein Augenmerk darauf gerichtet allgemeine sanitäre Fragen öffentlich zu behandeln und sich nicht damit begnügt, dass die Presse von sich aus über seine Verhandlungen referirte.

Nachträgliche Anmerkung des Präses:

Bis dato hatte der Secretär der Gesellschaft gewissermassen als officiöser Berichterstatter der Aerztetage fungirt, indem er in einem der grösseren Tagesblätter, nachdem zuvor im Vorstande berathschlagt worden war, welche Fragen und Verhandlungen in der Tagespresse besonders zu berücksichtigen wären, ein ausführliches Referat über den Verlauf des Aerztetages brachte.

Ganz anders liegt die Frage, wie dieselbe Herr Dr. Tiling beleuchtete. Man wird wohl zugeben, dass bisweilen in der Tagespresse nicht rein sachgemäss berichtet wurde, dass manche Referate im Hinblick auf das Laienpublicum zu detaillirt ausgefallen waren, aber anderseits sind doch wieder sehr gute Referate wie z. B. seinerzeit vom Herrn Secretair Dr. Merklin verfasst worden. Es lässt sich daraus aber doch nicht folgern, dass man aus jenem Grunde von nun an über die Verhandlungen vollständig schweigen solle. Der Arzt und das Publicum müssen eine Fühlung haben, das Publicum hat auch gewissermassen ein Recht eine gewisse Kenntniss von dem Gange der Verhandlungen zu erlangen. Es giebt ausserdem eine Reihe öffentlicher Fragen, die nothwendigerweise in der Presse behandelt werden müssen schon aus dem Grunde, um das Publicum aufzuklären. Der Vorschlag des Herrn Prof. Dehio einen Referenten zu erwählen, welcher die Presse zu unterrichten hätte, scheint mir gleichfalls nicht opportun, zumal wir doch kein Recht haben, wenn jemand aus der Versammlung einen Bericht schreibt, ihn daran zu verhindern. Ich möchte vorschlagen, wir lassen es beim Alten und füge meinerseits nur den Wunsch hinzu, dass die Referenten sich vorher mit dem Vorstande über Form und Inhalt des Referates berathen.

Dr. Voss-Riga. Alle die Ansichten, die hier geäussert wurden, zeigen doch wie schwer es ist in dieser Frage das Richtige zu treffen. Der eine hat diese Meinung, der andere jene, daher bleibe ich bei meinem ursprünglichen Vorschlage und bitte die Versammlung über denselben sich zu entscheiden.

Dr. Truhart. Als allgemein anerkannte Ansicht scheint mir aus den Verhandlungen der Wunsch hervorzugehen, dass rein wissenschaftliche Fragen, welche als nicht ausgetragen und noch der Controverse unterworfen im Laienpublicum nur Verwirrung hervorzurufen geeignet sind, in der Tagespresse nicht wie bisher ausführlichst behandelt, sondern nur dem Stoffe nach flüchtig berührt würden, während, wie sich auch Dr. Tiling dahin aussprach, auf der anderen Seite Fragen von allgemeinem öffentlichen Interesse wie beispielsweise die sanitäre Organisation, die Hygiene, die Volksseuchen etc. etc. womöglich in noch ausführlicherer Weise, wie solches bisher geschehen, auch in der Tagespresse zur Sprache gebracht würden.

Die einzelnen Collegen, welche von Seite der Presse um Berichterstattung über den Verlauf der Aerztetage ersucht werden, an der Ausübung ihres Reporterthums zu hindern, haben wir als Versammlung weder die Macht noch das Recht. Zu solchen Referaten ist allerdings ausser Sachkenntniss auch Tact erforderlich.

Prof. Dehio. Ich wiederhole noch einmal meinen Vorschlag ein Mitglied unseres Vereines zu erwählen, welches die Aufgabe hätte diejenigen Verhandlungen die sich zu einer Veröffentlichung in den Tagesblättern eignen zu redigiren und der Presse zuzustellen. Ich schlage Ihnen vor Herrn Dr. Koppe mit dieser Aufgabe zu betrauen und denselben pr. Acclamation zu erwählen.

Dr. Klemm-Riga. Ich schlage dagegen vor, wir erwählen zu diesem Zwecke den Herrn Secretair. Es dürfte sich diese Wahl schon aus dem Grunde empfehlen, weil dann diese Frage ein für allemal gelöst ist, und wir nicht immer jemand Anderes zu wählen brauchen.

Dr. Truhart. Ich möchte mich dem Collegen Klemm anschliessen und den Herrn Secretär zum Referenten des Aerztetages für die Presse vorschlagen, da ja in seiner Hand das ganze einschlägige Material liegt, welches ihn vor allen Anderen befähigt eingehende Referate abzufassen.

Abstimmung über den Antrag des Dr. Voss.

Der Antrag wird mit allen gegen 2 Stimmen abgelehnt.

Abstimmung über den Antrag des Prof. Dehio in dem von Dr. Tiling erweiterten Sinne.

Der Antrag wird von allen mit Ausnahme von 2 Stimmen angenommen.

Als Referent für die Presse wird der Herr Secretär pr. Acclamation erwählt.

Dr. Behr-Riga. Wie denkt sich die Versammlung die Abfassung des Referates, soll es kurz gehalten sein, etwa wie das officielle Protokoll, welches die Medicinalverwaltung erhält oder nicht?

Dr. Truhart. Ich glaube, es müsste weit ausführlicher behandelt werden.

Prof. Dehio. Ich denke mir die Abfassung mehr als ein Feuilleton, im übrigen aber ist es eine Frage des Tactes und überlassen wir dasselbe vertrauensvoll dem Herrn Secretair.

d. z. Secretair Dr. med. A. Behr.

Schluss der II. Sitzung.

Vermischtes.

— Internationale Lepra-Conferenz. Berlin; October 1897. Allgemeine Ergebnisse der Verhandlungen. Am Schluss der Verhandlungen der internationalen Lepra-Conferenz beehrt sich das Secretariat in kurzen Sätzen Dasjenige zusammenzufassen, was als Ergebniss der Verhandlungen erscheint. Das Secretariat glaubt ein derartiges Resumé wird namentlich denjenigen Herren erwünscht sein, welche als Delegirte den sie delegirenden Körperschaften Bericht zu erstatten haben über das Resultat der Arbeiten dieser Conferenz. Naturgemäss hat einen grossen Theil der Verhandlungen die Discussion über den Krankheitserreger der Lepra in Anspruch genommen. Als Krankheitserreger der Lepra wird nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung der Bacillus leprae von der Conferenz angesehen, der der wissenschaftlichen Welt durch die Entdeckung Hansen's und die Arbeiten Neisser's seit bald 25 Jahren bekannt ist.

Zwar sind die Bedingungen, unter denen dieser Bacillus gedeiht und sich weiter entwickelt, noch unbekannt, ebenso die Art und Weise seines Eindringens in den menschlichen Körper, jedoch deuten die Verhandlungen der Conferenz darauf hin, dass sich eine Einigung anbahnt über die Wege, auf denen er im menschlichen Körper sich verbreitet. Einheitlich ist die Auffassung darüber, dass nur der Mensch der Träger dieses pathogenen Bacillus ist.

Ueber die Massenhaftigkeit der Ausscheidung des Bacillus aus dem kranken Organismus von Seiten der Haut, sowie der Nasen- und Mundschleimhaut sind interessante Beobachtungen mitgetheilt worden, deren Nachprüfung an einem grossen Beobachtungsmaterial dringend wünschenswerth erscheint.

Diesen Fragen von ausschliesslich medicinisch-wissenschaftlicher Bedeutung steht die Thatsache gegenüber, welche praktisch einschneidende Bedeutung hat für Alle, denen die Sorge für das Volkswohl anvertraut ist: Die Thatsache der Anerkennung der Lepra als einer contagiösen Krankheit.

Jeder Leprose bildet eine Gefahr für seine Umgebung; diese Gefahr wächst, je inniger und länger andauernd die Beziehungen des Kranken zu seiner gesunden Umgebung sind und je schlechter die sanitären Verhältnisse; unter denen sie sich abspielen. Mithin bedeutet ganz besonders unter der ärmsten Bevölkerungsschicht jeder Leprose eine stete Gefahr der Uebertragung für seine Familie und seine Arbeitsgenossenschaft. — Jedoch kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Fälle von Uebertragung auf Menschen in besser situirter Lebenslage nicht mehr vereinzelt beobachtet werden. Zu Gunsten der contagionistischen Auffassung der Lepra hat die Anschauung, dass die Lepra durch Vererbung sich verbreite, immer mehr Anhänger verloren.

Die Behandlung der Lepra erzielt bisher nur palliative Erfolge.

Auch die Serumbehandlung hat in der Beziehung bisher keinen Wandel gebracht.

Angesichts der Unheilbarkeit der Lepra, angesichts der persönlichen und öffentlichen Schäden, welche sie hervorruft und im Hinblick auf den Erfolg der gesetzlich gehandhabten Isolation in Norwegen hat die Lepra-Conferenz in logischer Schlussforderung ihrer contagionistischen Auffassung der Lepra folgenden Antrag von Hansen, amendirt von Besnier, als Schlussresolution ihrer Berathungen angenommen:

1. In allen Ländern, in denen die Lepra heerdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern.

2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Ueberwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durchgeführt ist

ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl der Aerzte zu empfehlen.

3. Es muss den gesetzlichen Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

Die Secretäre: Phin. S. Abraham, London. Ed. Arning, Hamburg. A. v. Bergmann, Riga. E. Dubois-Havenith, Brüssel. J. J. Kinyoun, Washington. G. Thibierge, Paris. E. Ehlers, Kopenhagen, Generalsecretär.

— Wie verlautet, wird noch im Laufe dieses Jahres die Frage über die Erhöhung der Gagen der Militärärzte auf legislativem Wege entschieden werden, und zwar soll eine Erhöhung der Gagen um 40 pCt. in Aussicht genommen sein.

— In nächster Zeit begeht der ehemalige Professor der Botanik an der medico-chirurgischen Academie, Geheimrath Dr. Carl Mercklin, welcher gegenwärtig noch als beständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités und als berathendes Mitglied des Medicinalraths fungirt, sein 50-jähriges Dienstjubiläum. — Der Jubilar, welcher bereits im 76. Lebensjahre steht, stammt aus Livland und hat seine wissenschaftliche Ausbildung an der Universität Dorpat erhalten, an welcher er von 1840—44 Naturwissenschaften studirte und den Candidatengrad erlangte. Nach weiteren Studien in Paris und Jena und Erlangung der Doctorwürde in Jena begann M. seine Dienstlaufbahn als Docent der Botanik am St. Petersburger Forstinstitut und war dann successive Professor der Botanik an der medico-chirurgischen Academie, Expert für Naturwissenschaften und Mikroscopie beim Medicinal-Departement und während der letzten 20 Jahre Mitglied des Medicinalraths und des militär-medicinischen gelehrten Comités.

— Der ord. Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Leo Lewschin, ist nach 30-jährigem Dienst auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden. Prof. L. war früher viele Jahre Professor der Chirurgie in Kasan und wurde erst vor einigen Jahren nach Moskau versetzt.

— Die medicinische Facultät der Universität Jurjew hat zum Professor für den vacanten Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie den langjährigen Privatdocenten der Moskauer Universität, Dr. Alexander Muratow gewählt. (Wr.) M. übt seit 1875 die ärztliche Praxis aus.

— Am 10/22. November beging der bekannte Laryngologe, Prof. Dr. Tobold in Berlin, seinen 70. Geburtstag. Er war einer der ersten, die nach der Erfindung des Kehlkopfspiegels den Grund zu der neuen Disciplin der Laryngologie legten. Ihm verdankt die Laryngologie auch die ersten Lehrbücher dieses Faches: das «Lehrbuch der Laryngoscopie» und die «Klinik der Kehlkopfkrankheiten».

— Vor Kurzem feierte der ord. Professor der Botanik, Dr. Ferdinand Cohn in Breslau, noch nicht 70 Jahre alt, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Für die Mediciner hat der Jubilar als einer der Hauptbegründer der wissenschaftlichen Bacterienkunde besondere Bedeutung; er war auch derjenige, welcher den «ganz unabhängig arbeitenden Robert Koch bei seinen ersten Schritten auf diesem Gebiete ermuthigte. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Orden I. Classe — dem etatmässigen Specialisten der Heilanstalt I. K. H. der Grossfürstin Maria Alexandrowna. Herzogin von Sachsen-Coburg-Gotha, Staatsrath Dr. Schapir.

— Verstorben: 1) Am 2. November in Aschbalowa (Gouv. Nowgorod) der Landschaftsarzt Alexander Ernitz im 36. Lebensjahre. In Dorpat geboren, studirte der Verstorbene an der dortigen Universität mit Unterbrechung von 1880—88 Medicin. Nach Erlangung des Arztgrades war E. mehrere Jahre freipraktieirender Arzt in St. Petersburg und seit 1894 Landschaftsarzt im Kreise Kirillow (Gouv. Mowgorod). — 2) Am 13. November in Finnland Dr Eduard Lewis, Inhaber einer Wasserheilanstalt in Willmanstrand am Saima-See. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten hatte, leitete viele Jahre hindurch in St. Petersburg eine ihm gehörige Wasserheilanstalt, bis er vor einigen Jahren nach Willmanstrand übersiedelte. Er ist auch mehrfach auf seinem Specialgebiete literärisch thätig gewesen; so veröffentlichte er i. J. 1874 in russischer Sprache eine «Anleitung zur Hydrotherapie» nach Winternitz, Liebermeister und anderen Autoren und gab in den 80-er Jahren eine «Zeitschrift für Hydrotherapie und russische Mineralbäder» (Вѣстникъ водолѣченія) heraus, welche er in Gemeinschaft mit Dr. Galanin redigirte. — 3) In St. Petersburg am 10. November der ältere Arzt des 44. Nishni-Nowgorodschen Dragoner-Reg. W. Ch. Muchin im 41. Lebensjahre. — 4) In Marburg am 12. November n. St. der Gynäkologe Prof. Dr. Victor Hüeter im Alter von 65 Jahren. Er hat unter Anderem ein «Compendium der geburtshülflichen Operationen veröffentlicht.

— Die vor Kurzem in Wien verstorbene Wittwe des ehemaligen Professors der medico-chirurgischen Academie Wenzel Gruber soll, wie der russischen Botschaft in Wien officiell mitgetheilt worden, zu Gunsten der medicinischen Facultäten der russischen Universitäten 100,000 österreich. Gulden vermacht haben.

— Von den 80 jungen Aerzten, welche bei der militär-medicinischen Academie die Prüfungen eximia cum laude bestanden und damit das Recht zur Theilnahme an dem Concurse behufs Belassung bei der Academie zur weiteren Ausbildung erlangt haben, concurrirten diesmal nur 39, von denen 7 auf Kronskosten und 2 auf eigene Kosten bei der Academie belassen wurden.

— Am 19. November fand die feierliche Eröffnung der neuen Klinik für Nervenkranke bei der militär-medicinischen Academie in Gegenwart S. H. des Prinzen Alexander von Oldenburg, I. H. der Prinzessin Eugenie von Oldenburg und zahlreicher Aerzte statt. Die neue Klinik, deren Bau- und Einrichtungskosten sich auf 185,000 Rbl. belaufen, ist mit der psychiatrischen Klinik durch eine Galerie verbunden, so dass beide zusammen eine Anstalt mit zwei Abtheilungen bilden.

— Die auch von uns reproducirte Nachricht, dass in der Irrenabtheilung des Kischinewschen Landschaftshospitals ein Tobsüchtiger einen anderen Geisteskranken erschlagen habe, erweist sich nach einer Mittheilung des Directors des genannten Hospitals als unwahr.

— Wie ein hiesiges Tagesblatt erfährt, hat das Ministerium der Volksaufklärung gestattet, dass Personen weiblichen Geschlechts, welche im Besitz eines von einer ausländischen Universität ausgestellten Diploms eines Doctor medicinae sind, zur Prüfung in der lateinischen Sprache zugelassen werden, um später die Erlaubniss zu erhalten, das Arztexamen an einer russischen Universität abzulegen.

— Die Pilgerfahrten von russischen Unterthanen nach Palästina, welche seit dem Januar d. J. behufs Verhütung der Einschleppung der Pest nach Russland verboten waren, sind nunmehr von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung der Einschleppung der Pest wieder gestattet worden.

— Die Pest hat in Poona und Surat (Indien) bisher nicht nachgelassen und ist jetzt auch in Belgaum und Ahmednagar aufgetreten, aus welchen ³/₄ der Bevölkerung geflüchtet sind. In Bombay wurden neuerdings 26 Erkrankungen und 10 Todesfälle an der Pest constatirt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Nov. d. J. 8225 (184 mehr als in d. Vorw.), darunter 609 Typhus — (17 mehr), 965 Syphilis — (24 mehr), 218 Scharlach — (79 wen.), 253 Diphtherie — (37 mehr), 61 Masern — (19 mehr.) und 28 Pockenkranke — (7 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. November 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
330	245	575	115	39	84	19	11	15	44	68	67	49	31	27	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 8, Scharlach 16, Diphtherie 34, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 5, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 45, Todtgeborene 35.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 25. November 1897.

Tagesordnung: Hellat: Ueber die adenoiden Wucherungen bei Erwachsenen.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. December 1897.

Дозв. ценз. Спб. 22 Ноября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, (11. December) 29. November **1897**

Ueber einige praktische Fragen aus dem Gebiete der Ernährungsphysiologie.

Von

Dr. med. Robert Koch-Dorpat[1]).

Vortrag gehalten auf dem livländischen Aerztetage in Pernau am 4. Juni 1897.

M. H.! Es ist jetzt die Jahreszeit, wo ein Jeder, der es nur möglich machen kann, aufs Land oder an den Strand zieht, um sich zu erholen, zu kräftigen, um — wie es ja allgemein heisst, — für seine Gesundheit etwas zu thun. Da tritt denn gerade an uns Aerzte die Frage heran, was sollen wir einerseits unseren Erholungsbedürftigen, die sich geistig überanstrengt und körperlich abgenommen haben, — was sollen wir andererseits denjenigen, die im Lauf des Winters Fett angesetzt haben, empfehlen! — das sind Fragen, die praktische Bedeutung haben und meiner Meinung nach bisher eine sehr verschiedene Beantwortung erfahren haben. Indem ich die gleichfalls nicht unwichtige Entscheidung, ob Strand oder Wald, ob kalte oder warme Seebäder im einzelnen Fall geboten erscheint, ganz ausser Acht lasse, möchte ich heute nur die Frage der Ernährung besprechen d. h. was sollen wir den Einen, was den Anderen als zweckdienliche Nahrung anempfehlen. Wenngleich die richtige Ernährung nur einen Theil aus der Summe unserer Heilfactoren bildet, so beansprucht dieselbe doch immerhin eine gewissenhafte Beachtung.

Auf die Ernährung der ärmeren Bevölkerung will ich nicht näher eingehen, sie besteht ja vorwiegend aus Vegetabilien, den wesentlichen Bestandtheil der Hauptmahlzeit machen Kartoffel oder ähnliche wasserreiche Gemüse aus. Da der Wassergehalt der Kartoffel etwa 80% beträgt und diese ausserdem häufig in einer dünnen Suppe verzehrt werden, kann es nicht auffallen, dass die

[1]) Herr Dr. med. Robert Koch schied im kräftigsten Mannesalter am 16. Juni a. c. zu Dorpat aus diesem Leben: nicht nur in dem engeren Kreise seiner Dorpater Collegen, auch auf den livländischen Aerztetagen bleibt eine dauernde Lücke zurück! Voranstehender Vortrag ist seine letzte wissenschaftliche Arbeit gewesen und hat sich die zu demselben gehörende lehrreiche Calorien-Tabelle im Nachlasse des Verstorbenen leider nicht auffinden lassen. Der Präses.

Menge des Gemüses, welches ein Mann Mittags verzehrt, oft 1 L. ausmacht, dazu kleine Mengen Fett oder Fleisch; in einem so zubereiteten Mittagsmahl sind daher oft nur etwa 25% der gesammten den Stoffbedarf deckenden Nährstoffmenge enthalten. Um diesen Ausfall zu decken, ist der Arme auf Brod angewiesen — den wichtigsten Bestandtheil der Kost der Nährstoffgehalt desselben beträgt etwa 60%. Die Nachtheile dieser Kost liegen zum grössten Theil darin, dass die vorwiegend vegetabilische Nahrung im Darmcanal schlecht ausgenutzt wird. Jedenfalls ist's aber leicht verständlich, dass von einer derartigen Kost nicht leicht ein Uebermass verzehrt wird, welches zur Fettleibigkeit führt. — Die wohlhabenden Klassen verfügen über eine wesentlich andere Kost. Den Hauptbestandtheil der Mittagsmahlzeit macht ein bisweilen auch mehrere Fleischgerichte aus. Das gebratene Fleisch enthält nur etwa 30% Wasser, und ausser seinem eigenen Fettgehalt wird noch bei der Zubereitung Fett zugefügt, so dass eben trotz des geringen Gewichts dieser Mahlzeit ihr Nährwerth beträchtlich ist. Ein derartiges Mittagsmahl mit etwa 100 grm. Gemüse wiegt im Ganzen oft nur 6—800 grm. Trotzdem fühlt sich der hieran Gewöhnte stärker gesättigt als der Arbeiter, der über 1200 grm. Speisen zu sich genommen. Bei dem geringen Gewicht und dem niedrigen Volumen einer Kost ist jedoch die Möglichkeit, ein Uebermass zu geniessen, viel näher gerückt.

Es ist wohl ohne Weiteres klar, wie leicht durch die Leistungen einer den Geschmack anregenden Kochkunst Einzelne verleitet werden, mehr zu geniessen, als den Bedürfnissen entspricht. Ausserdem ist in den wohlhabenden Klassen die Muskelarbeit meist gering, so dass nur ein geringerer Stoffumsatz gedeckt werden muss.

Welche Mittel werden nun für gewöhnlich angewandt, sobald festgestellt wurde, dass Jemand allmählich fettleibiger oder im Gegenthel immer magerer wird? Meist versuchen die betreffenden Personen zuerst allein den Kampf auf Grund der allgemeinen in gebildeten Kreisen herrschenden und scheinbar so leicht verständlichen Anschauungen über die Ernährung. Da sich in diesen Vorstellungen gleichsam ein Niederschlag der herrschenden oder der noch vor Kurzem gültigen wissenschaftlichen Anschauungen darstellt, so möchte ich kurz auf dieselben eingehen. Das Verbot des übermässigen Trinkens nicht allein von Bier und alcoholischen Getränken, sondern auch von Wasser steht im besten Ruf zur Beseitigung der Fettleibigkeit. Insbesondere bei Tisch gilt jede Flüssigkeitsaufnahme als ausserordentlich schädlich; ebenso sollen auch Suppen streng vermieden werden. — Während Schweninger den Hauptwerth auf die Trennung der Flüssigkeitsaufnahme von den kleinen häufigen Mahlzeiten legt, verlangt Oertel eine Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr im Allgemeinen. Ohne auf die Theorien Oertels und Schweningers einzugehen, möchte ich nur auf die sorgfältigen Stoffwechseluntersuchungen Hirschfeld's aufmerksam machen, der mit Sicherheit feststellen konnte, dass durch reichliches Wassertrinken selbst während des Essens die Resorption der Nahrung nicht beeinträchtigt und die Ausnutzung im Darm nicht verändert werden. Sogar bei zwei Patienten, welche an Diabetes insipidus litten, war trotz einer Wasseraufnahme von 7—11 L. der mit den Faeces entleerte Antheil der Nahrung nicht geringer als bei gesunden Menschen. Die Vorschrift, bei den Hauptmahlzeiten nichts zu trinken, kann nur dann einen Werth haben, wenn man in Folge starken Durstes weniger geniesst. Gänzlich verfehlt ist das Verbot von Suppen, denn gerade diese stellen das verdünnteste Nahrungsmittel dar, welches wir kennen, da der Nährstoffgehalt oft nur 2—6% ausmacht. Bei der im Uebrigen so wasserarmen Kost der wohlhabenden Klasse muss ein derartiges Gericht uns im Gegentheil erwünscht sein. Man hört allerdings häufig aus dem Munde von Pat., sie fühlten es selbst, dass reichliches Trinken und besonders Suppen ihre Fettleibigkeit vermehre, namentlich den Umfang des Leibes vergrössere. Dies beruht aber nur darauf, dass sich dadurch bisweilen, insbesondere bei alten fettleibigen Frauen oder auch häufig bei blutarmen jungen Mädchen der Magen übermässig aufbläht oder aber in Folge von der so oft beobachteten motorischen Insufficienz des Magens schon ganz geringe Flüssigkeitszufuhr sofort das Gefühl der Völle hervorruft. —

Ein anderes sehr häufig geübtes Mittel, um den übermässigen Fett ansatz zu verhindern, ist die Vermeidung der Kartoffel. Zurückzuführen ist dies auf die Vorschriften Ebsteins, der die Fettleibigen wesentlich mit Eiweiss und Fett ernährt wissen wollte und die Kohlenhydrate für besonders schädlich hielt: das wird als ein allgemein geltendes Gesetz angesehen. Diese Anschauung ist ebenso wenig begründet, wie diejenige von der Verbannung der Suppen; denn in den Kartoffeln mit ihrem reichlichen Wassergehalt von 80% ist so wenig Nährstoff enthalten, dass z. B. in 2 Kartoffeln von zusammen 100 grm. Gewicht nur eben so viel Trockensubstanz vorhanden ist, als in etwa 35 grm. Brod, d. h. einer dünnen Schnitte Schwarzbrod oder in einem kl. Weissbrod. Nur wenn die Kartoffeln mit sehr viel Fett zusammen genossen werden, ist zu befürchten, dass dadurch übermässige Mengen von Nährstoffen in den Körper eingeführt werden. Die vollstandige Verbannung der Kartoffel vom Tisch der Fettleibigen ist also gleichfalls nicht gerechtfertigt.

Ebenso wie diese gegen die Entwickelung der Fettleibigkeit ergriffenen Massregeln ist auch das meist übliche Vorgehen gegen die übergrosse Magerkeit Auf Grund der Thatsache, dass Suppen Fettleibigen verboten sind, hält man dieses Nahrungsmittel bei allen Personen, die an Gewicht zunehmen wollen, durchaus für angebracht. Besonders Milch- und Mehlsuppen gelten als nützlich; diese letzteren haben ja gewiss, namentlich wenn sie mit Butter zubereitet sind, einen grösseren Nährwerth, als unsere gewöhnlichen Bouillon- und Schleimsuppen, aber sie rufen leicht das Gefühl der Sättigung hervor, was sehr ins Gewicht fällt bei Personen, deren Esslust an und für sich nicht sehr rege ist. — Ebenso verhält es sich mit vorwiegendem Fleischgenuss, um die ersehnte Leibesfülle zu erlangen; Fleisch, besonders mit wenig Fett, also gekochtes oder rohes mageres Fleisch ruft schnell das Gefühl der Sättigung hervor; deshalb hat sich gerade Fleisch bei den Entfettungscuren bewährt.

Im Ganzen geht aus dem Mitgetheilten hervor, dass die üblichen Massnahmen, welche zur Förderung oder zur Bekämpfung des Fettansatzes jetzt noch häufig angewendet werden, nicht immer das Erstrebte bewirken. —

Die wichtigsten Gesichtspunkte, welche wir bei einem derartigen Vorgehen im Auge haben müssen, sind Beachtung des Stoffumsatzes, Regelung der Einnahmen und Ausgaben.

Wesentlich auf Grund der durch die Arbeiten von Voit und Pettenkofer gewonnenen Anschauungen wurden von Oertel und Ebstein bestimmte Methoden aufgestellt. «Es ist im hohen Grade auffallend, dass zur Feststellung einer rationellen Ernährung der Hausthiere viele Kräfte, auch mit Unterstützung des Staates, thätig sind, dass sich dagegen um die Ernährung des Menschen kaum Jemand bekümmert». Noch im Jahre 1877 konnte Prof. Voit mit vollem Recht diesen Satz aussprechen. Bis dahin waren keine Stoffwechseluntersuchungen an Menschen angestellt. Erst in den letzten Jahren wurde die Frage der Behandlung der Fettleibigkeit auf Grund dahin zielender Versuche von Noorden, Dapper und Hirschfeld einer erneuten Prüfung unter-

zogen. Obgleich es auf dem Gebiet der Ernährungsphysiologie noch viele strittige Punkte giebt, so sind doch im Grossen und Ganzen bestimmte allgemeine Grundprincipien aufgestellt und haben mit der Zeit allseitige Geltung gefunden. Um eine zweckdienliche Ernährung nach der einen oder der anderen Richtung hin den Patienten anzuempfehlen, muss man in erster Linie über den Nährwerth der Nahrungsmittel und über die Verdaulichkeit derselben orientirt sein. Zu dem Zweck muss man sich vor allen Dingen mit dem Brennwerth der Nahrung, mit dem Calorienbegriff vertraut machen. Deshalb gestatten Sie mir, — selbst auf die Gefahr hin, Ihnen nur Bekanntes zu wiederholen — dass ich der Vollständigkeit wegen etwas weiter aushole. — Die qualitativen Veränderungen, welche die eingeführten Nahrungsmittel im Körper erleiden, zeigen bekanntlich, dass die Stoffwechselprocesse im Grossen und Ganzen Oxydationen sind. Es ergiebt sich als hauptsächliche Eigenthühmlichkeit des thierischen Haushalts: Stoffe niederer Oxydationsstufe werden im Körper in solche höherer Oxydationsstufe übergeführt. Indem Eiweiss, Fette und Kohlenhydrate im Körper verbrennen, wird lebendige Kraft frei, welche entweder in äusserer Arbeit oder in Wärme zum Ausdruck kommen muss. Die physicalische Chemie bezeichnet das Vermögen einer Substanz, durch Verbrennung Kraft zu liefern, mit dem Wort «potentielle Energie» oder «Spannkraft». Indem ein Stoff verbrennt, verliert er an Spannkraft. Man kann daher mit Bezug auf den thierischen Organismus auch sagen: Stoffe mit hoher Spannkraft treten in den Körper ein, Stoffe mit niederer Spannkraft verlassen ihn. Der Verlust an potentieller Energie, welchen der Stoff auf dem Wege durch den Organismus erlitten, ist diesem als «lebendige Kraft» (Arbeit, Wärme) zu Gute gekommen. Da aber weitaus die meiste Spannkraft der im Körper verbrennenden Stoffe nicht in äussere Arbeit sondern in Wärme umgesetzt wird, so hat man zum Mass der potentiellen Energie die Wärme gewählt und zwar das physicalische Einheitsmass derselben, die Calorie. Man bedient sich als Mass stets der sog. grossen Calorie, d. h. der Wärmemenge, welche nöthig ist, um 1 Kilo Wasser um 1° C. zu erwärmen. Die Verbrennungswärme einer Substanz, abzüglich der Verbrennungswärme der Stoffwechsel-Endproducte der N-freien Nahrungsmittel sind dieselben, wie im Calorimeter: CO_2 und H_2O, haben also keinen Energievorrath mehr. Die im Calorimeter erhaltenen Zahlen lassen sich daher ohne Weiteres, wie Rubner nachgewiesen hat, auf den Thierkörper übertragen.

Die N-haltigen Stoffwechsel-Endproducte (Harnstoff, Harnsäure, NH_3 etc.) des Eiweisses repräsentiren einen gewissen Energievorrath beim Verlassen des Körpers, daher ist dieser von dem calorimetrischen Verbrennungswerthe des Eiweisses abzuziehen. Wird noch gleichfalls der Theil der Nahrung, welcher unresorbirt mit den Faeces abgeht, berechnet, um den wahren Nutzwerth der Nahrung zu bekommen, so erhält man nach Rechenberg auf Grund der durchschnittlichen Erfahrungen über Resorptionsgrösse folgende Zahlen:

	Rohwerth.	Reinwerth.
1 gr. Eiweiss	4,1	3,2 Calorien.
1 gr. Fett	9,3	8,4 »
1 gr. Kohlehydrat	4,1	3,8 »

Die Einführung des physicalischen Massstabes zur Auswerthung der Nahrungsstoffe als Wärme- und Kraftquellen hat die Entdeckung eines wichtigen physiologischen Grundgesetzes ermöglicht, welches zur Basis vieler neuer Forschungen auf dem Gebiet der Ernährungslehre geworden ist. Rubner stellte fest, dass zur Kraft- und Wärmeerzeugung im Thierkörper sich die Nahrungsstoffe nach Massgabe ihres physiologischen Brennwerthes vertreten können, d. h. für den Körper sind als Kraftquellen gleichwerth (isodynam): 100 gr. Eiweiss = 100 gr. Kohlehydrate = 44,1 gr. Fett, weil jede der 3 Grössen bei ihrer Verbrennung im Organismus die gleiche Summe, nämlich 410 Calorien, entwickelt. Dieses Gesetz der Isodynamie gestattet einen bequemen Ausdruck für den Stoff- und Kraftwechsel im Organismus. Statt z. B. für einen besondern Fall zu sagen: der Mensch zersetzt 100 grm. Eiweiss, 100 grm. Fett, 400 grm. Kohlehydrate, sagt man: er setzte:

100 grm.	Eiweiss	× 4,1 =	410 Calorien (Rohwerth).
100 »	Fett	× 9,3 =	930 »
400 »	Kohlehydr.	× 4,1 =	1680 »
			= 2980 Calorien um.

1000 Calorien bezeichnen ungefähr den dritten Theil dessen, was ein erwachsener kräftiger Mann von 70 kg. Körpergewicht bei mässiger Arbeit, oder die Hälfte dessen, was eine etwa 50 kg. schwere Frau bei Ruhe nöthig hat. — Um zu entscheiden, welche Nahrungsmittel in dem gegebenen Fall auszuwählen sind, möchte ich eine Uebersicht über die gebräuchlichsten Nahrungsmittel mit ihrem entsprechenden Calorienwerth hier einfügen; die Zahlen sind zum grössten Theil dem Werk von König entnommen [2]).

Als nahrhaft kann man nach Hirschfeld diejenigen Nahrungsmittel bezeichnen, welche eine im Verhältnisse zu ihrem Gewicht und Volumen möglichst bedeutende Menge von Nährstoffen enthalten und dabei auch von dem Magen in grosser Menge vertragen werden, ohne dass das Sättigungsgefühl zu rasch hervorgerufen wird.

Mit dem Ausdruck der Verdaulichkeit verbindet man gewöhnlich mehrere Begriffe. Einerseits pflegt man verdaulich diejenigen Speisen zu nennen, die vom Magensaft leicht angegriffen und rasch aus dem Magen in den Darm übergeführt werden. Andererseits wendet man denselben Ausdruck auch auf die Resorption der einzelnen Stoffe im Darm an. Einzelne Nahrungsstoffe zeigen nun die beiden Eigenschaften nicht in gleichem Masse. So wird z. B. Milch vom Magen sehr leicht verdaut, während sie im Darm nicht so gut ausgenutzt wird. Umgekehrt wird Käse im Magen nicht gut vertragen und gilt deshalb als schwerverdauliche Speise, während er im Darmkanal fast vollständig resorbirt wird.

Unter Benutzung dieser Tabelle und mit Berücksichtigung des Mitgetheilten kann es nicht schwer fallen, eine zweckdienliche Kost festzustellen, — und die Wage wird uns zum Richter, ob wir durch unsere diätetischen Massnahmen den Ansprüchen des Stoffwechsels genügten oder nicht. — In jedem grösseren Lehrbuch, das namentlich die therapeutischen Massnahmen im Auge hat, speciell in Lehrbüchern über Magen-Darmkrankheiten, findet man Diätschemata, die sich oft als ungeeignet erweisen, modificirt werden müssen und oft auch ganz im Stich lassen. Auch diese Tabellen tragen den Charakter eines gewissen Schemas an sich, — und doch ist der Unterschied unverkennbar; — wir müssen ja stets daran festhalten, dass es sich immer um approximative Werthe handelt. Dank aber der von Rubner nachgewiesenen Isodynamie der Nahrungsmittel ist es nicht nur gestattet, sondern sogar erforderlich, die Eigenart und auch die Liebhabereien der Patienten zu berücksichtigen — das ist ein wichtiger Umstand namentlich in pathologischen Fällen, in denen der Arzt mehr der Individualität des Kranken als der Individualität der Krankheit Rechnung tragen muss.

---

[2]) Die auf dem Aerztetage wiedergegebene Tabelle ist leider abhanden gekommen und hat sich unter dem Nachlass des verstorbenen Collegen nicht mehr auffinden lassen.
Dr. H. Truhart.

Berichtigung.

Im Referat über «Prof. Filatow: Vorlesungen über acute Infectionskrankheiten» (Nr. 47 dieser Wochenschrift) muss es heissen: Auf Seite 300 ist der Name des russischen Autors Kastorski in einen weniger wohlklingenden als erklärlichen Kacmopckiu verwandelt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Dolega: Zur Pathologie und Therapie der kindlichen Scoliose. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel 1897. Preis 6 Mark.

Verf. hat seine Monographie eine kritische und klinische Studie genannt, zu der er als Inhaber der bekannten Schreber-Schildbach'schen Heilanstalt in Leipzig sein vom Herbst 1893 bis Juli 1897 gesichtetes Scoliosenmaterial verwenden konnte. Von insgesammt 230 Fällen von Scoliose waren «rein habituelle» 89, «constitutionelle» 106, rachitische 31, statische etc. 4.

Was den Inhalt des Buches anbetrifft, so geht Verf. im Anfang mit Recht genauer auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen der in Betracht kommenden Gewebe ein, wobei er unter anderem ein in seinem Besitz befindliches Präparat von kindlicher Scoliose beschreibt. Im Kapitel über die Aetiologie unterscheidet Verf., wie bereits oben angedeutet, zwischen constitutioneller und habitueller Scoliose; doch müssen wir offen gestehen, dass die vom Verf. gegebene Schilderung nicht die erwünschte scharfe Begrenzung beider Begriffe ermöglicht. Zwar sollen beim Zustandekommen einer sogenannten constitutionellen Scoliose durchgemachte schwere Kinderkrankheiten, skrophulöser Habitus, Dystrophie, Anämie, abnorme Fettleibigkeit die Hauptrolle spielen, doch giebt Verf. selbst zu, dass es durchaus nicht immer möglich ist zu entscheiden, ob ein Fall mehr der constitutionellen Form zuzurechnen oder als reine habituelle Form anzusehen ist. Immerhin ergiebt sich für ihn aus seinen Beobachtungen die Möglichkeit einer solchen Trennung, wobei natürlich auf das aetiologische Moment das Hauptaugenmerk gerichtet wurde. Im darauf folgenden Kapitel wird auf die verschiedenen Typen näher eingegangen und ersehen wir aus seinem Material, dass auffallenderweise die linksconvexe Dorsalskoliose am zweithäufigsten beobachtet wurde. Die Symptomatologie ist verhältnissmässig kurz abgehandelt, auf die Therapie dagegen geht Verf. genauer ein und betont besonders den Nutzen der in seiner Anstalt geübten Gymnastik. Die detaillirte Schilderung des methodischen Redressements (mit Angabe eines vom Verf. construirten theils dem Hoffa'schen theils dem Schede'schen entlehnten Apparates), der Anfertigung von portativen Apparaten, der Suspensionsbehandlung beschliesst die ebenso interessante als mit Hingabe verfasste Monographie, die allerdings durch die ungleichmässige Bearbeitung der verschiedenen Kapitel und das kritische Eingehen auf einige dem Verf. besonders naheliegende Punkte in der That eine Studie, nicht aber ein Lehrbuch für Studirende sein soll. Die Ausstattung ist eine reiche, die 72 beigegebenen Illustrationen, grösstentheils nach Originalaufnahmen, vorzüglich ausgeführt. Weyert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

625. Sitzung am 15. September 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: Herr Henking.

1. Herr W. Beckmann: Zur Casuistik der Myomotomie mit Demonstration von 10 mittelst dieser Operation entfernten Tumoren.

Vor zwei Jahren erlaubte ich mir zuletzt Ihnen über die Fortschritte in der operativen Behandlung der Uterusmyome zu berichten. Ich sprach mich damals dahin aus, dass die Frage von der besten Methode der Myomotomie, die Jahrzehnte lang in der gynäkologischen Literatur discutirt wurde, sich ihrer Lösung nähere, indem die Resultate, welche durch die retroperitoneale Stielversorgung nach Hofmeier-Chrobak erreicht wurden, schon recht günstige waren. Noch bessere Resultate wurden schon damals durch die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus nach Martin erzielt. Letztere Methode gewinnt in den letzten Jahren immer mehr Anhänger. Selbst Chrobak[1]) bekennt sich zu den Freunden dieses Operationsverfahrens, das er neben seiner eigenen Methode häufig anwendet. Für mich ist die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus zur Normalmethode geworden, da sie allen billigen Anforderungen entspricht. Ergänzt wird sie durch die vaginale Entfernung des myomatösen Organes, sobald letzteres eine gewisse Grösse nicht überschritten hat. Durch Zerstückelung des Organes nach Péan, Landau und Doyen haben wir es gelernt Tumoren vaginal zu entfernen, welche noch wenige Jahre zurück als nur auf dem abdominalen Wege zugänglich galten. Wenn ich auch nicht so weit gehe die Nabelhöhe als Grenze der vaginalen Exstirpation eines Myoms anzusehen, ist es mir doch gelungen Tumoren von Kindskopfgrösse und darüber noch durch die Vagina zu exstirpiren.

Die Grösse des Tumors allein giebt bei der Entscheidung der Frage ob per vaginam oder laparotomiam vorzugehen ist noch nicht den Ausschlag. Die Beschaffenheit des Tumors kommt sehr wesentlich in Betracht.

Besonders günstig sind die Formen knolliger Myome, wo sich einzelne Tumoren ausschälen lassen, wodurch es leicht gelingt den Uterus so weit zu verkleinern, dass er entfernt werden kann. Dagegen bieten subserös, besonders in der Gegend des Fundus sitzende Tumoren dem Morcellement grosse technische Schwierigkeiten. Enge der Vagina und des Introitus bei Nulliparen würden die Operation unmöglich machen wenn man dieses Hinderniss nicht leicht durch ausgiebige Scheidendammschnitte, wie ich sie gleichfalls auszuführen Gelegenheit hatte, beheben könnte.

Da ich gelegentlich meiner letzten Mittheilung die abdominale Totalexstirpation schon beschrieben habe, vom vaginalen Morcellement hier aber noch nie die Rede gewesen ist, erlaube ich mir ganz kurz dasselbe zu beschreiben.

Man beginnt die Operation nach vorausgeschickter sorgfältiger Desinfection der Vagina mit der Auslösung der Cervix. Die Portio vaginalis wird mit gut fassenden 2 zinkigen Zangen fest angezogen und die Vaginalwand vorn an der Stelle der Blaseninsertion durchschnitten. Der vordere Querschnitt wird dann rings um die Portio circulär geführt, die Blase zurückgeschoben und die Cervix stumpf herausgelöst. Es folgt die Eröffnung des Peritoneums im hinteren Scheidengewölbe nebst Vernähung desselben mit der Vaginalwand. Jetzt empfiehlt es sich seitlich möglichst hoch die Parametrien zu umstechen und zu durchschneiden. Die vordere Peritonealfalte wird gleichfalls meist eröffnet, doch giebt es Fälle wo sie so hoch liegt, dass es unmöglich ist bei beschränktem Raume sie zu erreichen. Dann kann man ungestraft auf die Eröffnung derselben verzichten, da man später bei Durchschneidung der vorderen Uteruswand dieselbe gleichfalls eröffnet. Nach Eröffnung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes besteht die Aufgabe des Operateurs darin den Tumor zu stielen, d. h. so weit zu verkleinern, dass es gelingt denselben aus der Bauchhöhle hervorzuziehen und die breiten Mutterbänder abzubinden oder abzuklemmen. Bei kleineren Tumoren genügt es die vordere Uteruswand der Länge nach aufzuschneiden, die Gebärmutter wird dabei durch succesive immer höher in die Ränder des Schnittes eingesetzte Kugelzangen vorgezogen, wobei sie sich zusammenklappt. Bei grösseren Tumoren müssen aus der vorderen Wand keilförmige Stücke mit dem Scalpell herausgeschnitten wie auch zugänglich werdende Myomknollen ausgeschält werden. Auch hierbei werden Kugelzangen successive immer höher in die Wundränder eingesetzt und der Uterus vorgezogen. Bei grossen Tumoren ist es rathsam die ausgelöste Cervix quer zu amputiren, wodurch Raum gewonnen wird. Die Excision von Stücken und Knollen geht bei einiger Uebung ziemlich schnell vor sich, doch ist die Arbeit immerhin mühsam und sind geschulte Assistenten und zuverlässige Instrumente erforderlich. In gewissen Fällen kann es rathsam erscheinen auch die hintere Uteruswand zu durchschneiden. (P. Müller).

Bei in der hinteren Uteruswand sitzenden Myomen muss die Durchschneidung der vorderen Wand häufig über den Fundus weg theilweise auf die hintere Wand geführt werden oder man zerschneidet von vorn herein die hintere Uteruswand. Nach der Hervorziehung des Uterus werden die Ligamenta lata auf dem Finger gewöhnlich in 2—3 Partien umstochen oder mit Klemmen abgeklemmt. In ersterem Falle kann das Loch in der Vagina durch Nahte verschlossen werden, oder aber es wird ein Tampon in die Oeffnung hineingeschoben. Bei Anlegung von Klammern wird in die Bauchhöhle meist ein Tampon eingeführt. Ich habe mich stets der Ligaturmethode bedient und bin mit derselben ganz zufrieden.

Die Vorzüge der vaginalen Myomotomie bestehen in der geringeren Lebensgefahr im Vergleich zu den abdominalen Methoden, ferner im Vermeiden der Bauchnarbe und in der kürzer dauernden Nachbehandlung. Meist kann man die Pat. nach 14 Tagen aufstehen lassen.

In die Categorie der vaginalen Myomotomien gehört auch die vaginale Enucleation submucöser Tumoren, welcher wegen des conservirenden Vorgehens in geeigneten Fällen stets der Vorzug zu geben ist. Die Methode ist recht alt hat aber in jüngster Zeit eine wesentliche Erweiterung ihres Indicationsgebietes erfahren, einerseits durch die Einführung des Mor-

[1]) Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäk. 1896, März.

cellements bei der Enucleation, andrerseits durch die operative Aufschliessung der Uterushöhle durch den sagittalen Schnitt der vorderen Wand bis über den Blasenansatz hin. Bei grösseren Tumoren kann es aber nothwendig erscheinen den Uterus nach Anlegung dieses Schnittes und Entfernung des Tumors zu exstirpiren, weil bei der Enucleation die Schnittränder der massen durch die ausreissenden Kugelzangen zerfetzt werden können, dass an eine Wiedervereinigung derselben nicht mehr gedacht werden kann; dazu wurde ich einmal bei einer vor 2 Jahren ausgeführten Operation gezwungen.

Nach diesen kurzen Bemerkungen über die wichtigsten Operationsverfahren erlaube ich mir über 10 Fälle zu berichten, die ich im Sommer 1897 in der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals in Vertretung meines verehrten Chefs Dr. W. von Wastens auszuführen Gelegenheit hatte.

Im ganzen wurde 5 mal die abdominale Totalexstirpation ausgeführt, wobei es sich in 3 Fällen um das combinirte Verfahren mit Auslösung der Cervix von der Scheide aus handelte. Bei 4 Patientinnen wurde der myomatöse Uterus zerstückelt durch die Scheide entfernt, und ein mal ein submucöses Myom in Stücken enucleirt. Alle 10 Patientinnen sind genesen, und erlaube ich mir die entfernten Geschwülste zu demonstriren.

1 Fall. B. 37 Jahr alt, hat 4 mal geboren. Fast mannskopfgrosser interstitiell in der vorderen Uteruswand sitzender Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als stark ödematös erwies. Hydrosalpinx sinistra. Combinirte vagino-abdominale Totalexstirpation. Genesen.

2 Fall. J. 35 Jahr alt, hat 1 mal geboren. Litt an starken Blutungen infolge des kindskopfgrossen theils interstitiell theils subserös sitzenden Tumors. Combinirte vagino-abdominale Totalexstirpation. Genesung.

3 Fall. J. 42 Jahr alt, hat 1 mal geboren. Litt an starken Leibschmerzen infolge eines kindkopfgrossen interstitiell im Fundus uteri sitzenden Myoms. Heilung durch combinirte Totalexstirpation.

4 Fall. W. 48 Jahr alt. Nullipara. Starke Blutungen. Manns kopfgrosser (1900 grm.) interstitiell in der vorderen Uteruswand sitzender Tumor. Heilung durch abdominale Totalexstirpation.

5 Fall. F. 42 Jahr alt. Nullipara. Ausgeblutete Pat. 1400 grm. schwerer interstitieller Tumor. Heilung durch abdominale Totalexstirpation.

6 Fall. S. 48 Jahr alt, hat 9 mal geboren. Litt an starken Blutungen infolge eines kindskopfgrossen interstitiellen Myoms. Vaginale Uterusexstirpation durch Zerstückelung ausgeführt von Dr. Beresnewicz. Heilung.

7 Fall. F. 37 Jahr alt. 1 mal geboren. Sehr anämische Person. Langdauernde Blutungen. Vaginale Exstirpation und Morcellement des Uterus, der seiner Grösse nach dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprach. Genesung.

8. Fall. N. 37 Jahre alt. 3 Geburten. Starke Blutungen und consecutive Anämie. Morcellement und vaginale Exstirpation des kindskopfgrossen Tumors. Genesung.

9. Fall. S. 31 Jahre alt. Ein mal geboren. Trat ins Hospital ein mit grossem pelveoperitonitischem Exsudat. Nach Resorption desselben 2 Monate später vaginale Exstirpation mit Zerstückelung des $1^1/_2$ faustgrossen Uterus der multiple subseröse Myome aufwies. Genesung.

10. Fall. J. 38 Jahre alt, hat 1 mal geboren. Leibschmerzen und Blutungen. Zerstückelung und Enucleation eines über faustgrossen submucösen Myoms mit Erhaltung des Uterus, nachdem die Cervix durch 2-tägige Jodoformmarlytamponade für $1^1/_2$ Querfinger durchgängig gemacht war. Hohes Fieber in Folge der Tamponade. Dasselbe schwand am Tag nach der Operation. Der Tumor erwies sich als theilweise gangränescirend. Genesung. (Autoreferat.

2. Die Herren Nissen und Wladimiroff berichten über einen gemeinschaftlich beobachteten Fall von Tetanus traumaticus.

Herr Nissen: Der Fall zeichnet sich durch seinen chronischen, milden Ver lauf aus. — Der 7jähr. Pat. wurde am 29. August, also vor 19 Tagen, in's Elisabethkrankenhaus aufgenommen, nachdem er zu Hause vor 4 Tagen krank geworden war, und zwar unter den Erscheinungen einer allmählich zu nehmenden Kieferklemme und eines erschwerten Ganges; Fieber bestand nicht, ebenso wenig Kopfschmerzen; auch keine Klagen über irgend welche anderen unangenehme subjective Erscheinungen. Von einem die Krankheit veranlassenden Momente konnte anfänglich nichts festgestellt werden; doch war nachträglich in Erfahrung zu bringen, dass der Knabe 14 Tage vor dem Auftreten der ersten Symptome mit einem Stein in der Hand zu Fall gekommen war, wobei er sich durch Aufschlagen auf einen Pflasterstein den rechten Mittelfinger verletzt hatte; die Spuren der Verletzung waren als oberflächliche Narbe an dem Nagelgliede des Fingers zu sehen; der Nagel selbst fehlte.

Bei seiner Aufnahme wies der geistig gut entwickelte Junge völlig freies Sensorium auf, hatte über keine Schmerzen zu klagen, sein subjectives Wohlbefinden schien in keiner Beziehung wesentlich gestört zu sein. Sehr auffällig war dagegen der vom Pat. gebotene Gesichtsausdruck: die Stirn war gerunzelt, besonders fiel eine Anzahl radiär gestellter Runzeln über der Glabella auf; die Lidspalten waren etwas verkleinert die Nasenflügel etwas gebläht, die Plicaenasolabiales stark markirt, der Mund war, bei etwas herabhängenden Mundwinkeln in die Länge verzogen. Der Gesichtsausdruck hatte hierdurch etwas Verzerrtes und Starres. Doch war der Tonus der Gesichtsmuskeln nicht hochgradig erhöht, so dass dieselben immerhin noch beweglich blieben, und beispielsweise. die Lippen gehoben werden konnten. Facialisphänomen war nicht vorhanden. Dagegen bestand so bedeutender Trismus der Kaumuskulatur, dass die Zahnreihen nur höchstens auf $^1/_4$—$^1/_3$ cm. von einander entfernt werden konnten, woher denn auch die Zunge nicht vorstreckbar war und auch die Sprache an Deutlichkeit bedeutende Einbusse litt. Das Schlucken von Flüssigkeit geht ganz unbehindert vor sich. — Seitens der Pupillen, der Augenbewegungen und des Befundes am Augenhintergrunde nichts von der Norm Abweichendes. Bei Bewegungen mit dem Kopfe offenbart die Nackenmuskulatur eine leichte Starre — jedoch nur bei activen Bewegungen, während den passiven kein bedeutender Widerstand entgegengesetzt wird. Desgleichen besteht eine leichte Erhöhung des Tonus der Rückenmuskulatur, während Brust- und Bauchmuskeln ganz frei sind und daher auch die Athmung garnicht behindert wird.

Die Muskulatur der oberen Extremitäten weist nichts Abnormes auf; dagegen sind die Strecker der unteren Extremitäten in ganz ausgesprochener Weise rigid, die Haut- und Patellarreflexe erhöht. Infolgedessen ist der Gang des Pat. ein spastischer: er schreitet bei gestreckten Knieen mit steifem, etwas nach vorn übergebengtem Rumpfe einher; die Fusssohlen streifen den Fussboden, die Fussspitzen sind dabei stark nach innen gewendet.

Die Sensibilität ist unverändert; die Körpertemperatur war und blieb normal; der Puls irregulär, meist 68 Schläge, hob sich jedoch späterhin zeitweise auf 120. — Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Bezüglich der Diagnose konnte kein Zweifel herrschen, dass im gegebenen Falle Tetanus vorlag. — Von den bei Tetanie auftretenden Krämpfen unterschieden sich die Erscheinungen unseres Falles durch das vorzugsweise Befallensein der Kaumuskeln und der Streckmuskeln des Stammes und der unteren Extremitäten, während doch bei Tetanie in erster Linie die Muskulatur der oberen Extremitäten, zudem gerade noch die Flexoren befallen werden; es fehlte infolgedessen die für Tetanie charakteristische Stellung der Hände und Finger. Ebensowenig wurden von dem Pat. die Zehen flectirt gehalten. — Desgleichen fehlte das der Tetanie eigenthümliche Facialisphänomen (mechanische Reflexerregbarkeit des Facialis) — An spinale Meningitis liess sich bei Abwesenheit jeglicher Temperatursteigerung und bei dem fast ungestörten subjectiven Wohlbefinden, sowie dem Fehlen von Reizerscheinungen, wie sie der Spinalmeningitis eigen sind auch kaum denken. — Ein mimischer tonischer Gesichtskrampf hätte ausgesprochene Contractionen der Gesichtsmuskeln hervorgerufen, während in unserem Falle diese ganz zurücktraten gegenüber dem Trismus der Kaumuskulatur. — Zu berücksichtigen wäre vielleicht noch gewesen die Anwesenheit eines Tumors im Pons. Ein solcher wäre wohl im Stande durch Druck auf die auf den Durchschnitt der Varolsbrücke verheilten Kerne Reizungserscheinungen im Gebiete des Trigeminus und Facialis sowie auf die motorische Leitungsbahn auszuüben; abgesehen jedoch von dem Erfahrungssatze, dass sich Brückentumoren meist in ganz wohlcharakterisirter Weise (als Hemiplegia alternans) dokumentiren, spricht auch folgende Ueberlegung gegen die Existenz eines solchen Tumors: in unserem Falle waren die tonisch-spastischen Zustände auf die Facialis- und Trigeminusgebiete beider Gesichtshälften, auf Nacken, Rücken und beide Unterextremitäten gleich vertheilt, es hätte der Tumor somit central liegen und dabei einen bedeutenden Umfang haben müssen um die entsprechenden Kerne beider Ponshälften in das Bereich seiner Einwirkungssphäre hineinziehen zu können; wenn er aber wiederum solchen Umfang hätte, wäre es schwer zu verstehen, wie sich die verschiedenen anderen im Pons befindlichen Kerne und Gehirnnervenfasern diesem Einflusse hätten entziehen können, warum, ausser dem Trismus, nicht auch Reizerscheinungen im Gebiete des abducens und acusticus, und weiter zur Medulla oblongata hin, der Nn. hypoglossus, glossopharyngeus etc., vorlagen? Eine derartige Beschränkung auf die Wurzelfasern des motorischen Theiles des Trigeminus, wie sie in unserem Falle gegeben war, wäre unerklärlich gewesen. Daher konnte man, bei aller Vorsicht die man der Diagnostik der speciellen Lokalisirung von Hirntumoren entgegenzubringen hat, wohl die Existenz eines Brückentumors ausschliessen. — Um die differantialdiagnostischen Erwägungen zu erschöpfen, müsste nach

die Möglichkeit der Existenz eines Tumors im Rindengebiet des motorischen Trigeminus diskutirt werden. Das motorische corticale-Centrum für die Kaumuskulatur liegt am Fussende der vorderen Centralwindung, in nächster Nachbarschaft der fossa Sylvii; der Umstand dass der Trismus sich in der Kaumuskulatur beider Kopfhälften abspielte, würde freilich an sich nicht ins Gewicht fallen gegen die Annahme einer einseitigen Rindenläsion dieser Region. Dagegen würde eine solche Läsion Reizerscheinungen des Facialis nur auf der gekreuzten Gesichtshälfte und nicht beider Gesichtshälften. wie beim Patienten, hervorrufen, was nur durch ein doppelseitig symmetrisches Befallensein der Hirnrinde erklärt werden könnte. Schliesslich kann mit einem solitären Tumor im untersten Theil der Centralwindung auch nicht die Affection beider Beine bei Intactsein des Armcentrums in Zusammenhang gebracht werden; es wäre schlechthin unbegreiflich, wie die motorischen Centra der Armmuskulatur, die der afficirten Zone viel näher liegen, hätten verschont bleiben können, während die viel weiter, im oberen Drittheil der Centralwindung gelegenen Beincentra, sich als ergriffen erwiesen.

Der Diagnose einer leichten Form des traumatischen Tetanus entsprach auch der fernere Verlauf. Die bereits beschriebenen Symptome blieben zunächst unverändert, allerdings mit häufigem leichten Wechsel in der Intensität des Tonus; am 5-ten Tage des Hospitalaufenthaltes trat ein 2 Minuten anhaltender leichter tetanischer Anfall ein. Hierauf zeigte sich eine langsam progrediente Abnahme in der Intensität des Trismus; täglich liessen sich die Zahnreihen um ein paar Millimeter weiter von einander entfernen, so dass der Junge jetzt die Kiefer auf 2 cm. Entfernung auseinanderbringt; der Tonus der Gesichtsmuskulatur hat desgleichen bedeutend nachgelassen; die spastischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten haben dagegen einstweilen weniger von ihrer ursprünglichen Intensität verloren.

(Vortragender demonstrirt den Patienten).

Hinsichtlich der Therapie dachte Berichterstatter sofort an die Verwendung des Heilserums; er setzte sich, nach Genehmigung des Oberarztes, Herrn Dr. Reitz, mit Dr. Wladimiroff in Verbindung. Bei der gemeinschaftlichen Berathung wurde jedoch von der Anwendung dieses Mittels Abstand genommen, denn der milde Charakter der Erkrankung schien auch ohnehin eine gute Prognose zu gewährleisten (welche Voraussetzung sich ja im weiteren Verlaufe bestätigte.) Uebrigens muss nach dem heutigen Stande der Erfahrungen über das Antitetanusserum dessen Heilwirkung leider beanstandet werden. Es ist in dieser Beziehung seit dem Jahre 1892, in welchem Behring die Mittheilung über sein Tetanusheilserum veröffentlicht hat, ein Umschwung der Meinungen eingetreten; seine Heilwirkung gegen bereits vorgeschrittene Erkrankungsfälle versagt in den meisten Fällen. Anders steht es freilich mit seiner Wirkung bei durch Einverleibung der Tetanustoxine künstlich auf dem Wege des Laboratoriumexperimentes vergifteten Thieren; so fraglos hier das Tetanusantitoxin wirkt, so sehr scheint der Erfolg am Krankenbette vom Charakter der Erkrankung und von Nebenumständen abzuhängen. — Behring empfahl als Minimalwerth der Injectionen bei Menschen 100 ccm. Serum mit einem Immunisirungswerth von 1:10.000.000. — Wir beschränkten uns auf die Anwendung von Chloralhydrat in Dosen von 0,5 bis 1,0 pro die. Diese Dosis ist klein, wenn man sie vergleicht mit jenen, die bereits in manchen Fällen gegen Tetanus verabfolgt worden sind (15,0 bis 20,0 pro die) — Wie Sie sich an dem vorgestellten Kranken überzeugen können, schreitet seine Besserung gut vor, und man ist durchaus berechtigt zu erwarten, dass er vollständig genesen wird. — Ausser Chloralhydrat bekommt Pat. innerlich nach Bromkali und täglich ein warmes Bad von 29°R.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Vor Kurzem vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen und dienstlichen Thätigkeit des Gouvernements-Inspectors Dr. Cornelius Rauch in Pleskau. Die Gesellschaft der Pleskauschen Aerzte, deren Präsident der Jubilar seit einer Reihe von Jahren ist, veranstaltete ihm zu Ehren eine Festsitzung, in welcher demselben eine Adresse und ein prachtvolles Album mit den Photographien der Vereinsmitglieder überreicht wurde. — Schon am Vormittag dieses Tages hatten die Glieder und Beamten der Gouvernements-Verwaltung mit dem Vicegouverneur an der Spitze dem Jubilar ihre Glückwünsche dargebracht und am Abend fand zu Ehren desselben ein Souper statt, an welchem ausser den Collegen auch Repräsentanten der Stadtverwaltung Theil nahmen. — Der Jubilar ist aus Dorpat gebürtig, wo er auch seine medicinische Ausbildung erhalten hat. Nach Erlangung der Doctorwürde ebendaselbst, war er successive Stadtarzt in Tscherepowez, Bezirksarzt der Reichsdomänen im Gouv. Pensa, Ordinator am Landschaftshospital in Pleskau und bekleidet seit 1887 den Posten des Medicinalinspectors des Pleskauschen Gouvernements.

— Der ausserordentliche Professor der Pharmakologie an der Moskauer Universität Dr. W. S. Bogoslowski, ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Wie die «Nowosti» erfahren, haben die Freunde, Collegen und Verehrer des hiesigen Arztes Dr. Leo Bertenson zum bevorstehenden Jubiläum seiner 25-jährigen ärztlichen Thätigkeit (16. December d. J.) ein Kapital gesammelt behufs Stiftung eines Stipendiums bei der mil.-med. Academie auf den Namen des Jubilars.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hat den Decan der tschechischen medicinischen Facultät in Prag Prof. Dr. Hlava zum Ehrenmitgliede und den Privatdocenten Dr. M. Pesina, Redacteur der Jahrbücher der tschechischen Aerzte, zum correspondirenden Mitgliede gewählt.

— Wie verlautet, ist der Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Nikolai Ratschinski, welcher bereits seit einigen Jahren Curse über operative Gynäkologie und gynäkologische Massage abhielt, zum Docenten für Gynäkologie an diesem Institut ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 21. November in Grobin (Kurland) der dortige Kreisarzt Dr. Ernst v. Grot nach langer Krankheit im 59. Lebensjahre. In Kurland geboren und erzogen, widmete er sich dem Studium der Medicin an ausländischen Universitäten. Nachdem er sich dann 1863 als ausländischer Doctor medicinae bei der Dorpater Universität der Prüfung zur Erlangung der venia practicandi unterzogen, liess er sich als Landarzt in Durben (Kurland) nieder, von wo er vor 15 Jahren nach Grobin übersiedelte. Der Hingeschiedene erfreute sich als Arzt wie als Mensch allgemeiner Achtung und Liebe. 2) In Warschau Dr. Marcus Chalgacewicz im Alter von 82 Jahren. 3) Am 13. November in Rostow a/Don der dortige Arzt Constantin Kunachowitsch im 39. Lebensjahren. 4) Am 5/17. November der Director der Brandenburgischen Provinzial-Irrenanstalt, Geh. Sanitätsrath Dr. Zinn, im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene war auch ausserord. Mitglied des Deutschen Reichsgesundheitsamts und Reichstags-Abgeordneter. 5) In Christiania der Präsident der Vereinigung norwegischer Arzte, Prof. Joachim Voss, im Alter von 83 Jahren. Er war bis 1885 als Professor der Anatomie und gerichtlichen Medicin in Christiania, nebenbei aber auch als praktischer Arzt (Chirurg) thätig. 6) In Paris der bekannte Gynäkologe Tarnier, seit 1860 Professor an der Pariser med. Facultät. Er ist hauptsächlich durch die von ihm angegebene «Geburtshülfliche Zange und auch durch seine «Couveuse» bekannt geworden, die dazu dient, durch Verminderung der Wärmeverluste frühgeborene Kinder am Leben zu erhalten.

— Der bekannte Laryngologe, Prof. extraord. Dr. Bernhard Fränkel in Berlin, ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medicin und Hygiene an der Tübinger Universität, Dr. Oesterle, welcher seit 26 Jahren, anfangs als Docent und seit 1877 als Extraordinarius, dort wirkt, ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Die durch das Hinscheiden Prof. Berlins erledigte ordentliche Professur für Augenheilkunde an der Universität Rostock ist durch die Berufung des Breslauer Privatdocenten Dr. Th. Axenfeld wiederbesetzt worden. Der neue Ordinarius ist erst 30 Jahre alt, hat sich aber durch eine ganze Reihe tüchtiger Arbeiten auf dem Gebiete der Bacteriologie und patholog. Anatomie der Augenentzündungen schnell einen Namen gemacht. Für seine Leistungen auf diesem Gebiet wurde ihm kürzlich der Graefe-Preis von der deutschen ophthalmologischen Gesellschaft zuerkannt. (A. med. C.-Ztg.)

— Am 24. November fand im Pirogow-Museum eine combinirte Sitzung der russischen Pirogow-Gesellschaft, der Gesellschaft russischer Aerzte, der St. Petersburger (russ.) med. Gesellschaft und der St. Petersburger medico-chirurg. Gesellschaft statt. Zum Ehrenpräsidenten der Versammlung wurde ein Schüler Pirogows, das beständige Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités, Geheimrath Dr. Piotrowski, gewählt, welcher sodann dem Andenken seines grossen Lehrers warme Worte widmete. Den Schluss bildete ein Vortrag Prof. Subbotins über das Calot'sche Verfahren bei Scoliosen.

— In Moskau ist, wie von dort berichtet wird, ein Verein von Aerzten der Russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» in der Bildung begriffen. Dieser Verein stellt sich neben anderen collegialen und wissenschaftlichen Zwecken die Aufgabe, die nothwendigen Kenntnisse

über die erste Hülfeleistung bei Unglücksfällen und die hygienischen und prophyalaktischen Massnahmen bei Epidemien zu verbreiten, sowie überhaupt für Entwickelung des Sanitätswesens innerhalb der Aufgaben des «Rothen Kreuzes» zu wirken.

— Die der Nowgorod'schen Landschaft gehörige grosse Irrencolonie Kolmowo» ist v r Kurzem von einem grösseren Brandschaden heimgesucht worden, doch sind die Insassen derselben glücklicher Weise ohne jeglichen Schaden davongekommen.

— Die Universität Kasan erhält für ihre Kliniken neue Gebäude, welche auf einem grossen Platze ausserhalb der Stadt bereits aufgeführt wurden und nach einem Jahre fertig gestellt werden sollen. Die Gesammtzahl der Betten in diesen Neubauten ist auf 175 berechnet, und sollen in dieselben sämmtliche Kliniken untergebracht werden, mit Ausnahme der therapeutischen Klinik, welche in ihrem bisherigen Gebäude verbleibt. Für den Bau einer dermatologischen Klinik ist ausserdem ein Kapital von 200,000 Rbl. vorhanden. welches der verstorbene reiche Fabrikbesitzer Alafusow der Universität vermacht hat.

— Frau W. A. Makarow in Moskau hat zum Besten des weiblichen medicinischen Instituts 20,000 Rbl. gespendet.

— Der Mangel an Anstalten zur Unterbringung von Geisteskranken ist in Russland bekanntlich eine feststehende Thatsache. Da namentlich die Landschaften nicht im Stande sind. für ihre Irren zu sorgen, so hat die Regierung in den letzten 15 Jahren sie beim Bau und bei der Erweiterung von Irrenhäusern mit Geld unterstützt, doch genügen die dadurch entstandenen Irrenanstalten noch keineswegs dem grossen Krankenandrange. Wie verlautet, beabsichtigt nun das Ministerium des Innern daher eine grössere Anzahl von Bezirksirrenhäusern zu bauen und zwar soll jedes dieser Häuser für 3 bis 4 Gouvernements bestimmt sein. In diese neuen Bezirksirrenanstalten werden alle chronischen Kranken aufgenommen werden, während für die acuten Kranken nach wie vor die Landschaften werden sorgen müssen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Nov. d. J. 8326 (101 mehr als in d. Vorw.), darunter 610 Typhus — (1 mehr), 941 Syphilis — (24 mehr), 208 Scharlach 10 wen.) 303 Diphtherie — (50 mehr), 63 Masern — 2 (mehr.) und 25 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. November 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0–6 Mon.	7–12 Mon.	1–5 Jahr.	6–10 Jahr.	11–15 Jahr.	16–20 Jahr.	21–30 Jahr.	31–40 Jahr.	41–50 Jahr.	51–60 Jahr.	61–70 Jahr.	71–80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	237	547	93	36	93	27	10	18	48	64	44	43	35	19	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 8, Scharlach 19, Diphtherie 53, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 3, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 50, Todtgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 9. December 1897.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. December 1897.

Дозв. ценз. Спб. 20 Ноября 1897 г   Herausgeber Dr. Rudolf Wanach   Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 6. (18.) December 1897

Ueber die Organisation der augenärztlichen Hülfe in einigen Städten Deutschlands, nebst Bemerkungen über dieselbe in Russland.

Von

Dr. med. O. Walter.

Nach einem Vortrage, gehalten am 28. September 1897 im Verein Russischer Aerzte in Odessa.

Es ist wohl nicht vielen Collegen bekannt, dass das Odessaer städtische Augenhospital die einzige derartige Special-Anstalt in Russland ist, welche ausschliesslich aus städtischen Mitteln unterhalten wird. Alle übrigen spärlich gesäten Augenheilanstalten Russlands sind entweder staatliche oder Privatanstalten. Von den Universitäts-Augenkliniken, die übrigens meistens sehr mangelhaft ausgestattet sind, sehe ich hier ab, da sie nicht eigentlich Heil- sondern in erster Linie Unterrichtszwecken dienen, der Kranke daselbst also, genau genommen, Material ist, das dazu dienen soll, Aerzte heranzubilden.

Im Hinblick auf eine solche Gleichgültigkeit von Seiten der Städte- resp. Landschafts-Verwaltungen ihren Augenkranken gegenüber, die ja gerade in Russland so zahlreich vertreten sind, interessirte es mich schon lange, die Organisation der augenärztlichen Hülfe in anderen Ländern kennen zu lernen. Ich benutzte daher die Gelegenheit, während eines kurzen Aufenthaltes in Deutschland, mich über diese Frage, soweit es bei der karg bemessenen Zeit möglich war, zu orientiren. Das vorliegende Material soll keinen Anspruch auf Vollkommenheit erheben, doch, hoffe ich, dass das Ermittelte manchen Collegen von Interesse sein dürfte.

Ich habe im Ganzen 7 Augenheilanstalten besucht, und zwar 2 in Nürnberg, 2 in Stuttgart und 3 in Karlsruhe. Von allen diesen Anstalten wird nur 1 (Augen-Abtheilung des Katharinen-Hospitals in Stuttgart) aus städtischen Mitteln unterhalten, und auch diese nur für augenkranke Dienstboten. Alle übrigen Augenheilanstalten in den genannten Städten werden auf Kosten von Wohlthätigkeits-Gesellschaften oder Privat-Aerzten unterhalten, woran sich die Stadt-Verwaltungen allenfalls durch geringe Zuschüsse betheiligen, oder dadurch, dass sie die Behandlungskosten für ihre Armen bestreiten.

Somit beruht dort die Sorge für die Augenkranken ausschliesslich auf der Privat-Initiative.

Eine solche scheinbare Gleichgültigkeit der Stadt-Verwaltungen genannter Städte frappirte mich auf den ersten Blick, allein bei näherer Betrachtung wurde sie mir wohl verständlich. Daselbst ist nämlich die Privat-Wohlthätigkeit in so ausgebreitetem Maasse thätig, und der Zutritt zu den Privat-Heilanstalten relativ so billig, dass diese Umstände den Stadtverwaltungen eine Ausgabe abnehmen, die das Budget unserer russischen Städte mehr oder weniger schwer belastet.

Von den in Nürnberg von mir besuchten Augenheilanstalten vermag das Maximilian-Augenhospital (Hofrath Dr. Diez) bis zu 35 Patienten aufzunehmen, die Privat-Klinik des Herrn Dr. Schubert 15, ausserdem giebt es dort noch mehrere Privat-Kliniken, wie die grosse Klinik des Dr. Förster, so dass die Gesammtzahl der Betten sich auf 120 belaufen dürfte.

In Stuttgart sind 3 Augenhospitäler zu nennen: das Charlotten-Augenhospital (Sanitätsrath Dr. Königshöfer) mit ca. 65 Betten, die Augen-Abtheilung des städt. Katharinen-Hospitals (Dr. Crailsheimer) mit 35 Betten, und die Privat-Klinik des Herrn Dr. Distler, theilweise gleichfalls aus Wohlthätigkeits-Mitteln unterstützt, mit ca. 35 Betten,

In Karlsruhe besuchte ich 3 Augen-Heilanstalten: die Augen-Abtheilung des Ludwig-Wilhelm-Heim (Dr. E. Maier), die Augen-Abtheilungen des evangelischen und des katholischen Diakonissenhauses, beide unter der Leitung des Herrn Dr. Gelpke; alle zusammen fassen 100 Kranke. Ausserdem befindet sich dort noch eine Privat-Augenheilanstalt von 12 Betten.

Der Unterhalt einer relativ so grossen Zahl von Augenhospitälern aus Privat-Mitteln ist nur möglich, wenn ein grosser Theil der Bevölkerung an den Werken der Wohlthätigkeit theilnimmt, und ferner unter der Bedin-

gung dass nur die wirklich Armen die Vergünstigung einer kostenlosen Aufnahme und Behandlung erhalten.

Diese Bedingungen sehen wir denn auch in allen genannten Städten erfüllt.

Fast Jeder ist dort Mitglied eines oder mehrerer Wohlthätigkeits-Vereine, wenn auch nur einen geringen Beitrag von 1—2 Mark zahlend. Die Wohlthätigkeits-Vereine ihrerseits hinwiederum sind bestrebt, der Bevölkerung die Möglichkeit zu verschaffen, für nicht zu theures Geld eine rationelle ärztliche Behandlung zu erhalten. Aus dem Grunde bauen sie möglichst viele und ausreichende Hospitäler, an die erfahrene Specialisten berufen werden. Diese Hospitäler müssen aber einen grossen Theil ihrer Unterhaltskosten selbst aufbringen, was dadurch erzielt wird, dass nur wirklich Arme, d. h. solche die ein officielles Armenzeugniss vorweisen können, kostenlos aufgenommen werden, alle Uebrigen müssen entweder den vollen Aufnahme-Preis oder zum mindesten einen Theil desselben bezahlen.

Die ungemein geringe Zahl von Gratispatienten in Deutschland muss jedem russischen Arzte auffallend erscheinen. Sie findet ihre Begründung ausser in der grösseren Wohlhabenheit der Bevölkerung, auch noch in der musterhaften Organisation der unteren Gesellschaftsklassen.

Ich meine die in allen Deutschen Staaten vorhandenen Krankenkassen, in die ein jeder Lohnarbeiter einen gewissen Procentatz seines Monatslohnes einzahlen muss, wofür die Kasse im Krankheitsfalle sämmtliche Behandlungskosten übernimmt. Die Statuten der Krankenkassen sind in den einzelnen Staaten verschieden, ihr Grundprincip jedoch das gleiche. So z. B. ist in Stuttgart die Bestimmung, dass Jeder, der einen Jahreslohn bis zu 2000 Mark bezieht. unbedingt einer der 12 dort bestehenden Krankenkassen beitreten muss, je nach seiner Beschäftigungsart. Der Beitrag beträgt von 10 bis zu 80 Pfennig monatlich, wovon ein Drittel der Arbeitgeber trägt. Die Krankenkasse trägt im Krankheitsfalle die Behandlungs-Kosten im Laufe von 6 Wochen, in Ausnahmsfällen länger. Einige Krankenkassen sind so günstig situirt, dass sie ihren erkrankten Mitgliedern eine tägliche Unterstützung zukommen lassen können, und im Erforderungsfalle sie auf ihre Kosten in Kur- und Heilanstalten schicken.

Die Krankenkassen haben entweder ihre bestimmten Aerzte (Kassenärzte) oder sie gewähren, wie in Süd-Deutschland, ihren Mitgliedern das Recht der freien Arztwahl. In beiden Fällen wird der Arzt nach der Zahl der Consultationen zu einem festgesetzten Preise honorirt, so dass hier das Princip gewahrt bleibt, wonach jeder Arbeiter entsprechend seinen Leistungen bezahlt wird. Ebensolche Beziehungen bestehen zwischen den Krankenkassen und den Hospitälern. Soweit ich mich mit dieser Sache bekannt machen konnte, fand ich, dass die geringste Zahlung für eine beim Arzte zu Hause erfolgte Consultation 1 Mark beträgt. für einen im Hospital verbrachten Tag 1½ Mark.

Berücksichtigt man noch die grosse Verbreitung der Armenpflegevereine und relative Wohlhabenheit der Bevölkerung, so wird man sich nicht mehr wundern, so selten Gratispatienten anzutreffen.

Was die Organisation der Hospitäler selbst betrifft, so habe ich den Eindruck erhalten, dass sie fast ausschliesslich der stationären Krankenbehandlung dienen: die Zahl der ambulatorischen Kranken ist sehr gering. So finde ich im Rechenschaftsberichte der Dr. Distler'schen Augenheilanstalt für Unbemittelte in Stuttgart vom Jahre 1896 auf 223 stationär behandelte nur 415 ambulatorische Kranke angefürt, während in demselben Jahre im Odessaer Augenhospital auf 660 stationäre Patienten 10 Mal so viel ambulatorische gezählt wurden. Die Ursache dafür liegt wiederum in dem Umstande, dass die Zahl der Gratispatienten so gering ist, wesshalb der Krankenempfang der ambulatorischen Kranken sich im Sprechzimmer der Aerzte abspielt, von wo diejenigen, welche einer stationären Behandlung bedürftig sind, an die entsprechenden Anstalten dirigirt werden.

Die Aufnahme der Kranken in die Hospitäler erfolgt in der Regel nach 3 Klassen, wobei die Behandlungs- und Verpflegungskosten getrennt berechnet werden. Für die I. Klasse betragen im Allgemeinen die Verpflegungskosten 5 Mark, die Behandlungskosten 2 Mark für den Tag: in der II. Klasse 3 und 2 Mark und in der III. Klasse 1½ und 1 Mark. Für Operationen wird nach Uebereinkunft gezahlt. Für die Patienten III. Klasse kann der Arzt von sich aus die Behandlungskosten erlassen, die Verpflegungskosten können aber nur mit Genehmigung des Verwaltungsrathes herabgesetzt oder erlassen werden.

Die meisten der von mir besuchten Augenheilanstalten entsprachen allen Anforderungen des Hospitalwesens besonders hervorheben möchte ich das Charlotten-Augenhospital in Stuttgart, und die Augenabtheilungen des Ludwig-Wilhelm Heims und des evangelischen Diakonissenhauses in Carlsruhe. — Ueberall herrschte Ordnung und Sauberkeit trotz des relativ geringen Dienstpersonals.

Ich war überrascht, wie viel Zeit dort auf die Untersuchung und Behandlung der Kranken verwandt wird, worin die Anstalten den Universitäts-Kliniken fast gleichkommen. Eine derartige Sorgfalt wird z. Th. auch durch den Umstand erleichtert, dass die Gesammtzahl der Augenkranken sich auf eine grössere Zahl von Anstalten und Aerzten vertheilt, als bei uns in Russland. Die grosse Anzahl von Betten macht es den Aerzten wiederum möglich, die stationäre Behandlung in ausgedehnterem Maasse zur Anwendung zu bringen.

Auf Grund des Mitgetheilten lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1) Die Organisation der augenärztlichen Hilfe ist in den genannten Städten vollständig der privaten Wohlthätigkeit und der Initiative der Augenärzte in die Hände gegeben.

2) Die private Wohlthätigkeit äussert sich nicht sowohl in grossen Stiftungen einzelner Reicher, als vielmehr in der Theilnahme eines grossen Theiles der Mittelklassen in Form jährlicher kleiner Beiträge.

3) Die Hospitäler verfolgen den Zweck, der Bevölkerung die Möglichkeit zu verschaffen. ohne zu grosse Opfer für eigene Kosten eine zweckmässige Behandlung zu erhalten

4) Völlig kostenlose Behandlung wird nur in Ausnahmsfällen völlig unbemittelten Kranken gewährt.

5) Eine ambulatorische Behandlung findet an den Hospitälern nur in beschränktem Maasse statt.

6) Die Hospitäler genügen ihren Anforderungen sowohl was die Zahl, als auch was die Ausstattung betrifft.

Bei Vergleichung mit unseren russischen Zuständen wird man unwillkürlich zu nachstehenden Betrachtungen gedrängt.

Während in Nürnberg bei ca. 180,000 Einwohnern mehr als 100 Betten den Augenkranken zur Verfügung stehen, in Stuttgart bei 140,000 Einw. deren 130, in Carlsruhe bei 80,000 Einw. — 112, giebt es in Odessa bei einer Einwohnerzahl von 450,000 im Ganzen nur 50—60 Betten. Während wir in den genannten Städten bei zusammen 400000 Einw. ca. 360 Betten für Augenkranke finden, gab es im Jahre 1892 nach den Daten des Medicinal-Departements im ganzen russischen Reiche bei ca. 120 Mill. Einw. nur 12 Hospitäler mit zusammen 487 Betten. Der Einwurf, dass in jedem grösseren Hospital Russlands auch Augenkranke aufgenommen werden, ändert an der Sache nur sehr wenig, da einmal

die Zahl solcher Hospitäler eine nur sehr spärliche ist, ferner aber eine solche Einrichtung niemals den Nutzen geben kann, wie ein Special-Hospital, wo die Augenkranken mit keinen anderen Kranken in Berührung kommen, daher keiner Infectionsgefahr ausgesetzt sind, und wo die Behandlung und das Regime dank der Einrichtung eine rationellere und wissenschaftlichere sein kann. Die russischen Zustände werden ferner noch durch die Zahl der Augenärzte illustrirt: nach den Daten des Medicinal-Departements beschäftigten sich i. J. 1890 von 11681 Aerzten ausschliesslich mit Augenkrankheiten nur 170, gleichzeitig mit Augen- und anderen Krankheiten 51, zusammen also 221 oder 2%; auf einen Augenarzt kommen in Russland also ca. ½ Mill. Einwohner.

Diese Zahlen werden noch instructiver, wenn man bedenkt, dass in Deutschland die Centren, wo sich Augenärzte und Augenhospitäler finden, weit dichter gesät sind, als in Russland. Ferner hat man zu berücksichtigen, dass in Deutschland das Trachom eine sehr seltene Krankheit ist, während es in Russland eine Volksgeissel ist, an der ganze Dörfer Mann für Mann leiden. Endlich haben wir in Deutschland unvergleichlich bessere sanitäre Verhältnisse: überall finden wir in Städten und Umgegend eine reiche Vegetation, und die an und für sich schon schönen Strassen werden in der trockenen Jahreszeit reichlich begossen, so dass man dort den in den russischen Städten so gewöhnlichen Staub kaum kennt. In diesem massenhaften Staube haben wir aber die Quelle vielleicht der meisten Augenkrankheiten bei uns zu Lande zu suchen.

Eine derartige, auskömmliche Organisation ist bei uns natürlich undenkbar. Das Haupthinderniss ist im Grundprincip der Volksmedicin zu suchen, die sich ausschliesslich auf eine kostenlose Behandlung Aller gründet, während in Deutschand verlangt wird, dass jeder Kranke nach Möglichkeit die Kosten für die Wiederherstellung seiner Gesundheit trage. Während in Russland die Behandlungskosten für alle auf die communalen Behörden oder den Arbeitgeber abgewälzt werden, liegt in Deutschland diesen Institutionen die Sorge für die öffentliche Hygiene ob. Ferner ist die Privat-Wohlthätigkeit in Russland noch zu wenig ausgebildet, und äussert sich hauptsächlich nur in grösseren Stiftungen einzelner Reicher, während das Gros der Mittelklassen so gut wie gar keinen Theil an Werken der Wohlthätigkeit nimmt; endlich ist nicht zu vergessen, dass bei dem Mangel an Schulen ein grosser Theil der für Wohlthätigkeitszwecke ausgesetzten Summen von der Aufbesserung der Volksbildung mit vollstem Rechte verschlungen wird.

Die Entwickelung des Hospital-Wesens wird in Deutschland ferner durch die rationelle Organisation der unteren Gesellschafts-Klassen begünstigt; ich meine speciell die Krankenkassen. Abgesehen davon, dass in diesen die für Behandlungskosten zu zahlenden Summen concentrirt werden, üben die Krankenkassen einen entschieden erzieherischen Einfluss auf das Volk aus, indem der Arbeiter zu einer gewissen Selbstständigkeit erzogen wird, und nicht alles von Vormündern erwartet. In Russland dagegen ist die Verpflichtung, für die Behandlung kranker Arbeiter zu sorgen, vollständig dem Arbeitgeber aufgeladen. Da der Arbeiter für seine Behandlungskosten keinerlei Opfer zu bringen hat, sondern sich dessen bewusst ist, dass nach dem Gesetz der Arbeitgeber für alles aufzukommen hat, so sieht man es nicht allzuselten, dass der intelligentere Arbeiter, mit dem ihm in dieser Hinsicht Gebotenen nicht zufrieden ist. Oft mit Recht, denn der Arbeitgeber sieht in der Regel auf die ihm vom Getetz auferlegte Verpflichtung, wie auf ein lästiges Uebel, oder mindestens wie auf eine unrentable Ausgabe, die nach Möglichkeit einzuschränken ist.

Dank diesen Umständen, sowie der Ueberbürdung der Landschafts- und Stadtverwaltungen mit mannigfachen anderen Verpflichtungen, sehen wir, dass die Zahl der Communal- und Fabrikärzte eine viel zu spärliche ist, um einem so weitgehenden Princip, wie die kostenlose Behandlung aller Kranken, auch nur annähernd genügen zu können. Dasselbe lässt sich von den Hospitälern sagen, bei deren Einrichtung auch allzuviel auf Billigkeit gesehen wird.

Was die Beschaffung der Mittel zu einer derartigen Organisation der Volks-Medicin betrifft, so lässt sich gegen dieselbe auch viel einwenden.

Die Landschaften erheben eine gewisse Steuer vom Grundeigenthum, einige Städte eine Hospital-Steuer. Keine derselben berücksichtigt das Einkommen. Besonders ist die städtische Hospital-Steuer als eine durchaus ungerechte zu bezeichnen. So wird z. B. in Odessa eine Steuer von 60 Kop. jährlich von Jedermann erhoben, ohne Rücksicht darauf was für einen Verdienst er hat, und ob er überhaupt eine Beschäftigung besitzt. Sie wird in gleicher Weise vom armen Tagelöhner erhoben, der von seinem kärglichen Verdienst von der Hand in den Mund lebt, und vom wohlhabenden Kaufmann und Schenkwirthen. Ausgeschlossen sind Personen, die älter als 60 Jahre sind, und solche haben kein Anrecht auf kostenlose Behandlung. Die Ungerechtigkeit einer derartigen Steuer wird noch ersichtlicher, wenn man bedenkt, dass der arme Tagelöhner sich viel schwerer dazu entschliesst, sich ins Hospital zu begeben, und seinem Verdienst zu entsagen, als der besser situirte Kaufmann etc.

Wenn somit das Hospital-Wesen in Russland im Allgemeinen noch recht im Argen liegt, so gilt dieses noch mehr für die Augenheilkunde. Ein Versuch Skrebitzkis zur Blinden-Statistik Russlands ergab als Resultat: zum mindesten 44,4 Blinde auf 10,000 Sehende!

Eine wirksame Bekämpfung dieses furchtbaren Uebels, das das Volksleben vielleicht mehr als der Tod schädigt, kann nur dann erzielt werden, wenn die augenärztliche Thätigkeit systematisch organisirt wird. Zu dem Zweck wäre ein ganzes Netz von Augenheilanstalten zu errichten, so dass zum mindesten in jeder grösseren Stadt eine vorhanden wäre. Eine derartige Organisation von Seiten der Landschafts- und Städteverwaltungen zu fordern, ist zwecklos: diese haben so vielfältige Verpflichtungen, und sind bereits der Art mit verschiedenen Ausgaben belastet, dass ihre Mittel nicht dazu hinreichen würden. Dagegen besitzen wir im Blinden-Curatorium der Kaiserin Maria ein Organ, das geeignet ist, die Initiative in dieser Sache zu ergreifen. Das Blinden-Curatorium hat in den letzten Jahren schon viel für's Studium dieser Frage gethan, und dank seinen fliegenden Detachements sind wir über die erschreckende Ausdehnung der Augenkrankheiten und der Blindheit unter der Bevölkerung Russlands unterrichtet worden. Diese Detachements lieferten eine glänzende Bestätigung, der bereits vor vielen Jahren gemachten Angaben Skrebitzki's. — Ferner hat das Blindencuratorium einige Augenhospitäler ins Leben gerufen, und damit den ersten Schritt zu einer rationellen Bekämpfung der Augenkrankheiten gemacht. Leider lässt sich das Blindencuratorium gleichfalls vom Princip der kostenlosen Behandlung Aller in seinen Anstalten leiten. Dadurch werden an seine Kasse allzugrosse Anforderung gestellt, und kann sein Handeln nur ein beschränktes sein.

Das Blindencuratorium könnte eine weit ausgiebigere Thätigkeit entfalten, wollte es sich die Grundsätze der deutschen Wohlthätigkeits-Gesellschaften aneignen, d. h. in seinen Anstalten die kostenlose Behandlung nur auf die wirklich Armen beschränken, für die Behandlung der Uebrigen aber eine Zahlung ansetzen. Unter solchen Umständen könnte es mit den jetzt ausgesetzten Mitteln

eine grössere Zahl von Augenheilanstalten errichten, welche sich sodann selbst zum Theil unterhielten, und als Krystallisationspunkt zur weiteren Organisation dienen würden. Auf diese Weise würde das Interesse des Publicums für diese Sache in höherem Grade erregt werden, und ferner könnte sich die Privat-Initiative leichter entwickeln, wenn sie nicht die Concurrenz kostenloser Hospitäler und Polikliniken zur Seite hätte, während bei dem Princip der kostenlosen Behandlung aller Kranken die Privat-Initiative völlig lahm gelegt ist, was durch die äusserst geringe Zahl von Privat-Kliniken selbst in den grössten Städten Russlands bewiesen wird. Wir sehen jetzt eine Ueberbürdung der Communal-Aerzte einerseits und eine Leere der Sprechzimmer der Privat-Kliniken andererseits.

Es ist mir der Vorwurf gemacht worden, dass ich die vaterländischen Institutionen ungerecht beurtheile. Dem gegenüber will ich bemerken, dass es nicht im Sinne meiner Mittheilung lag, dieselben einer Kritik zu unterziehen, sondern dass der Zweck dieser Arbeit darin besteht zu zeigen, wie es anderorts hergeht, und was für Früchte dort erzielt sind. Ich sehe nicht ein warum wir uns nicht von den Erfahrungen anderer Culturvölker leiten lassen sollen. Eine ausgiebige Organisation der ärztlichen Hülfe im Allgemeinen, und der augenärztlichen im Speciellen erforderte bei der riesigen Ausdehnung des russischen Reiches so kolossale Mittel, dass die öffentlichen Gelder dazu nicht ausreichen würden; ich wollte daher nur darauf hinweisen, dass man unter solchen Umständen die bemittelten Gesellschaftsklassen mit dazu heranziehen sollte, anstatt bei Ausschliessung derselben, auf eine Verstaatlichung der Medicin loszusteuern.

Drei Fälle von Ptomatropinvergiftung verursacht durch den Genuss von Krebsen.

Von

Drd. med. Elmar Fischer, Schloss Sagnitz.

Im Sommer dieses Jahres hatte ich Gelegenheit drei Erkrankungen in einem Hause zu beobachten und zu behandeln, die im Wesentlichen dieselben Symptome aufwiesen, nur in der Intensität der Krankheitserscheinungen differirten und auf eine gemeinsame Ursache, — auf eine Vergiftung mit einem in seiner Wirkung dem Atropin ähnlichen Ptomain dem Ptomatropin — zurückzuführen sind.

Fall I. A. K. 26 a. n. Wirthschafterin und Köchin auf dem Gute R., erkrankte in der Nacht vom 14. auf den 15. Juli mit Erbrechen von gallig gefärbtem Schleim. Am 15. empfindet sie grosse Trockenheit im Halse und Schluckbeschwerden. — Bei der Untersuchung finde ich an diesem Tage ausser Trockenheit und Röthung der Schleimhaut des Mundes und des Rachens nichts abnormes an der Patientin.

Am 15. Juli klagt Patientin über Sehstörungen, Abgeschlagenheit, Benommensein des Kopfes, Trockenheit im Munde und Schluckbeschwerden.

Am 17. Juli untersuchte ich die Patientin wieder. Sie klagt darüber, dass sie alles in einen Nebel gehüllt sehe, lesen könne sie garnicht, der Kopf wäre benommen, das Schlucken von festen Bissen wäre nur mit Nachtrinken von Flüssigkeit möglich. Stuhlgang hatte sie zuletzt am 14. gehabt; Appetit hätte sie wohl, aber alles schmecke entweder bitter oder sauer. — Temperatur und Puls normal. Im Urin kein Eiweiss. Die sichtbaren Schleimhäute trocken und geröthet, die Zunge mit einem klebrigen, gelbbraunen, zähen Schleim belegt. Die Pupillen anscheinend von normaler Weite, reagiren auf Lichtreize.

Patientin unterscheidet alle Gegenstände auch in ihren Farben deutlich, nur sieht sie alles in einen Nebel gehüllt; lesen kann sie nicht; sie sieht nur graue Striche an Stelle der Zeilen. Beim Umhergehen wird sie bald schwindlich.

Am 18. und 19. ist der Zustand derselbe wie vorher.

Am 20. finde ich die Pupillen besonders die linke etwas erweitert, die Reaction auf Lichtreize erfolgt träge.

Am 20., 21., 22., 23., 24. ist keine wesentliche Veränderung im Befunde der Patientin zu bemerken. — Stuhlgang wird nur durch Abführmittel erzielt (Ol. Ricini, Inf. Sennae Magn. sulf., — Seifenwasserlavements), gegen die Trockenheit im Munde und Rachen werden Schwitzmittel und locale Spülungen angewandt. (Himbeerenthee, Natr. salicyl.; Kal. chloric.).

Am 25. wird eine Pilocarpinmixtur verabfolgt, da bisher keine Transpiration zu erzielen war und die Trockenheit im Munde sehr quälend ist.

Am 26. wird, da die Pilocarpinmixtur nur ganz gering gewirkt, eine subcutane Injection von Pilocarp. muriat. zu 0,01 gemacht. Unmittelbar darauf tritt Transspiration und Salivation auf.

Am 27. Patientin sagt, dass ihr Allgemeinbefinden nach der gestrigen Injection entschieden besser geworden. Sehstörungen bestehen fort; die Trockenheit und die Schluckbeschwerden sind wiedergekehrt, wenn auch geringer wie vorher. Der Stuhlgang muss immer noch durch Abführmittel erzwungen werden.

Am 28. und 29. keine Veränderung im Befinden.

Am 30. erhält Patientin 2 Tropfen einer 1/2% Eserinlösung in jedes Auge geträufelt; nach 10 Minuten sind die Sehstörungen geschwunden, Patientin kann deutlich lesen und ist äusserst glücklich.

Vom 31. Juli bis 3. August bleibt der Zustand der Patientin bis auf das Ausbleiben der Sehstörungen unverändert; sie träufelt 2 Mal täglich je 1 Tropfen von der Eserinlösung in jedes Auge.

Am 4. August tritt zum ersten Mal spontan Stuhlgang ein. — Patientin erhält Eisen mit Chinin als Roborans in Pillenform.

Am 12. August ist Patientin wieder vollständig gesund. Die Trockenheit und die Schluckbeschwerden sind geschwunden. Der Stuhlgang erfolgt regelmässig spontan und die Sehstörung bleibt auch nach Aussetzen der Eserintropfen fort.

Fall II. A. v. R. Besitzer des Gutes R., erkrankte in der Nacht vom 19. auf den 20. Juli mit heftigem Würgen und Erbrechen von gallig gefärbtem Schleim. Schon am 19. nach dem Mittagessen, wo er reichlich aufgewärmte Krebse zu sich genommen hatte, äusserte er zu seiner Umgebung, er fühle sich so schlecht, als hätte er Gift bekommen.

Am 20. besuche ich den Patienten. Er klagt über allgemeines Unbehagen, Mattigkeit, Benommenheit des Kopfes, Trockenheit im Munde und Rachen, Schluckbeschwerden und Sehstörungen. — Alles sehe er doppelt und in einen Nebel gehüllt, das Lesen wäre ihm unmöglich, statt der Schrift sehe er nur einen grauen Strich, beim Umhergehen werde er rasch schwindlich. — Der Puls ist beschleunigt etwa 90—100 pro Minute, unregelmässig und aussetzend. Die Temperatur normal. Patient fühlt sich kühl an.

Bei der Untersuchung des Patienten, der früher stets gesund gewesen ist, finde ich die Schleimhäute des Mundes, des Rachens und der Augen trocken und geröthet, die Zunge ist mit einem dicken zähen bräunlichen Schleim belegt. — Die Pupillen etwas erweitert, reagiren träge auf Lichtreize. Bei Prüfung der Augenbewegungen und des Gesichtsfeldes keine auffälligen Defecte wahrzunehmen. — Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen nachzuweisen. Im Urin kein Eiweiss: seit dem 18. kein Stuhlgang.

Am 21. Herzaction wieder regelmässig und kräftig, Puls 80 pro Minute; im Uebrigen der Zustand unverändert.

Vom 22. bis zum 29. bleibt der Zustand des Patienten unverändert; Stuhlgang wird nur durch die combinirte Anwendung von starken Abführmitteln (Ol. Ricini, Inf. Sennae, Bittersalz — alles musste in sehr grossen Dosen gegeben werden) und Lavements von Seifenwasser oder Glycerineinspritzungen in den Mastdarm erzwungen. Mundspülung mit Kal. chloric. Lösung.

Am 26., 27., 28. täglich eine Pilocarpininjection von 0.01; darauf tritt sofort starke Transspiration und Salivation ein; nach einer halben Stunde ist die Pilocarpinwirkung vorüber und der quälende Zustand von Trockenheit im Munde kehrt wieder.

Am 30. klagt Patient über starke Leibschmerzen, er hatte Tags zuvor wieder reichlich Sennainfus genommen und darauf mehrere flüssige Stühle gehabt. Da die Schmerzen sehr stark sind erhält Patient eine warme Compresse auf den Leib und etwas Opium. Patient klagt darüber, dass er nur mit grosser Anstrengung uriniren könne, dabei keine Schmerzen. Am Zahnfleisch sind einige kleine Ulcerationen sichtbar, dieselben werden mit einer Argent. nitric. Lösung touchirt.

Am 31. Juli, 1., 2., 3. August erhält Patient jeden Tag eine Injection von Pilocarpin muriat. à 0,005 subcutan, nach den Injectionen tritt regelmässig Transpiration und Salivation ein; eine halbe Stunde nachher ist der Zustand wieder derselbe. — Mit einem Convexglas kann Patient ziemlich gut lesen. — Am 3. August erhält Patient 2 Tropfen einer 1/2% Eserinlösung in jedes Auge geträufelt, nach einer 1/4 Stunde kann er ohne Brille in grader Richtung passabel lesen, doch treten beim Sehen auf die Seite gleich Doppelbilder auf. Eine Stunde nach der Einträufelung ist Patient sehr unglücklich, er sieht nichts, ist höchst kurzsichtig geworden, kann nicht lesen.

Vom 5. bis zum 13. wird Patient electrisch behandelt, der Leib mit dem faradischen — die Augen mit dem constanten Strom. Der Zustand ist während der Zeit im Wesentlichen derselbe wie vorher. Die Pilocarpininjectionen werden ausgesetzt; Patient sträubt sich gegen dieselben, da er sich durch sie geschwächt glaubt.

Vom 13. bis zum 15. ist eine geringe Verbesserung beim Sehen zu bemerken. Patient kann in grader Richtung grössere Schrift lesen. Bei seitlichem Sehen treten noch Doppelbilder auf. Die Stomatitis ist trotz sorgfältiger Mundpflege schlechter geworden.

Vom 16. bis zum 18. bildet sich am Halse in der Gegend des linken Kieferwinkels unter äusserst heftigen Schmerzen eine Phlegmone. Patient kann keine Stunde schlafen. Puls 90—100. Temperatur erhöht.

Am 19. Patient ist durch die Schlaflosigkeit und die starken Schmerzen sehr deprimirt. Der Puls ist unregelmässig, schwach und aussetzend, die Temperatur erhöht Patient begiebt sich nach Dorpat zum Collegen v. Brackel behufs chirurgischer Behandlung der Phlegmone.

Nachdem dieselbe am 20. August in Aether-Chloroformnarcose breit eröffnet worden, die Stomatitis energisch behandelt und gegen die Herzschwäche Digitalisinfus gegeben worden, geht es allmählich mit dem Patienten besser.

Am 10. September kehrt Patient zurück und giebt an nunmehr vollständig geheilt zu sein. Die Sehstörungen, die Trockenheit im Halse und im Munde, die Schluckbeschwerden, die Stuhlverhaltung die Beschwerden beim Uriniren, die Stomatititis und die Phlegmone waren allmählich immer besser geworden, so dass Patient sich jetzt ganz gesund fühlt. Er giebt an während seiner Krankheit gegen 40 Pfund abgenommen zu haben.

Fall III. Frau v. K. ca. 45 a. n. Schwiegermutter des Herrn v. R. weilt zum Besuch in R. Sie leidet seit längerer Zeit an Morbus Basedowii.

Am 23. Juli erzählt Patientin mir, dass sie seit einigen Tagen an grosser Trockenheit im Halse und Schluckbeschwerden leide. Nachts stelle sich mit grosser Regelmässigkeit um eine bestimmte Stunde Durchfall ein, was früher nicht vorgekommen wäre. — Keine Sehstörungen.

Patientin erhält etwas Opium und kal. chloric. als Mundspülung.

Vom 24. bis zum 29. ist der Zustand derselbe, die Durchfälle bleiben aus, wenn Patientin abends Opium nimmt, ohne Opium stellen sie sich wieder ein.

Am 30. erhält Patientin gegen die grosse Trockenheit eine Pilocarpinmixtur, jedoch bekommt sie beim Gebrauch der Mixtur Uebelkeiten und Herzklopfen, weswegen die Mixtur nicht weiter genommen wird.

Vom 31. bis zum 2. August ist der Zustand wenig verändert nur die Durchfälle haben aufgehört. Patientin fährt fort; die Trockenheit im Halse und die Schluckbeschwerden bestehen noch bei der Abfahrt.

Die Symptome der Erkrankungen bestanden nun wenn ich dieselben noch einmal kurz aufzähle im Falle I in: Abgeschlagenheit, Benommensein des Kopfes, Schwindel, Erbrechen, Sehstörungen verursacht durch Accomodationslähmung, Trockenheit der Schleimhäute, Schluckbeschwerden und Verstopfung, im Falle II in Abgeschlagenheit, Benommensein des Kopfes, Schwindel, Erbrechen, Herzschwäche. Sehstörungen verursacht durch Accomodations- und Abducenslähmung, Trockenheit der Schleimhäute, Schluckbeschwerden, Stomatitis, Blasenbeschwerden, Stuhlverhaltung und einer wahrscheinlich durch die Stomatitis verursachten Phlegmone am Halse, im Falle III in Trockenheit der Schleimhaut und Schluckbeschwerden.

Es ist ersichtlich, dass man als Ursache dieser Krankheitssymptome durchaus eine Giftwirkung annehmen muss und zwar die Wirkung eines Giftes, das sich in Lähmungen äussert. Als solches käme in erster Linie das Atropin in Betracht, doch finden wir in keinem der drei Krankheitsfälle eine Andeutung für das der Atropinvergiftung characteristische Symptom der psychischen Excitation. Bei sorgfältigem Forschen nach der Krankheitsursache, die in dem Hause R. in der Zeit vom 14. Juli bis 21. Juli vorhanden gewesen sein muss, lässt sich nur constatiren, dass in dieser Zeit ungewöhnlich viel Krebse genossen worden waren; es lässt sich ferner nachweisen, dass die Krebse, nachdem sie gekocht worden 1—2 Mal 24 Stunden aufbewahrt worden und dann in der Schale aufgewärmt, wie auch zu diversen Speisen verarbeitet, servirt worden sind. — Ferner konnte ich feststellen, dass der Hausherr A. v. R. besonders gern und viel Krebse gegessen hat, was auch wohl zur Erklärung dessen, dass er am schwersten erkrankte, angeführt werden kann. — Nächst dem Hausherrn zeigt die Köchin und Wirthschafterin die schwersten Symptome, dieselbe hatte die Krebse zu den Speisen zu verarbeiten und hat wohl bei der Gelegenheit auch nicht wenig Krebse genossen. — Dass von den übrigen Hausgenossen niemand erkrankt ist, findet darin seine Erklärung, dass dieselben ungern und desswegen wohl auch wenig Krebse zu sich nahmen. — Keiner der Erkrankten hat beim Genusse der Krebse bemerkt, dass dieselben verdorben waren, die Ptomainbildung muss also in einer kurzen allerdings sehr heissen Zeit (20—28° R.) vor sich gegangen sein, ohne dass sich dabei die für die Geschmacks- und Geruchsempfindung wahrnehmbaren Fäulnissproducte hätten bilden können.

Herrn Collegen Truhart, den ich als langjährigen Gerichts- und Augenarzt consultirt hatte, sehe ich mich veranlasst hier nochmals meinen Dank auszusprechen.

Sagnitz den 23. October 1897.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Alexander Peyer, Atlas der Mikroskopie am Krankenbette. 4 Auflage. Stuttgart. Enke. 1897.

Der Peyer'sche Atlas mit seinen künstlerisch ausgeführten Abbildungen in Farbendruck ist schon rühmlichst unter den Aerzten bekannt. Es fällt schwer noch etwas Neues zu den schon oft gefällten lobenden Urtheilen hinzuzufügen. Die eben herausgekommene 4 Auflage ist von der Verlagshandlung in sehr munificenter Weise ausgestattet. Der Verf. hat die Abbildungen, welche die Harnröhrensekretionen die Genitaldrüsensekrete, die Spermatorrhoe, den Aspermatismus und die Abnormitäten der Samenflüssigkeit darstellen neu umgearbeitet. Dagegen sind Blut, Sputum und Faeces aus der neuen Auflage weggelassen. Wir können das schöne Werk jedem praktischen Arzte angelegentlichst empfehlen.

W. Beckmann.

Rudolf Disselhorst. Die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbelthiere mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1897.

Den ursprünglichen Plan nur die Amphibien und Reptilien zum Gegenstand seiner Untersuchungen zu machen hat Verf. erweitert und liefert in vorliegendem Werke eine zusammenfassende Bearbeitung der accessorischen Geschlechtsdrüsen der Vertebraten. Die Arbeit füllt, da auch die histologische Seite der Frage volle Berücksichtigung erfahren hat. eine empfindliche Lücke auf diesem Gebiete in vortheilhaftester Weise aus. Es kann daher dem Verf. nicht genug dafür gedankt werden, dass er sich diesen mühevollen und zeitraubenden Untersuchungen unterworfen hat. Objectivität in der Beurtheilung der Ergebnisse verleihen dem Werke ein charakteristisches Gepräge und sichern demselben einen hervorragenden Platz in der Fachliteratur. Die 76 auf 16 Tafeln placirte Abbildungen zeichnen sich durch künstlerische Ausführung aus. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche und macht dem Verlage alle Ehre.

Dobbert.

Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 6. verbesserte und vermehrte Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1897.

Das allgemein bekannte Lehrbuch der Psychiatrie von Prof. Krafft-Ebing erfreut sich einer ungeheueren Verbreitung unter den Aerzten des In- und Auslandes. Die rasche Aufeinanderfolge seiner Auflagen zeugt dafür, dass es sich in der Praxis bestens bewährt hat. Es wird in demselben hauptsächlich auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes Rücksicht genommen, weshalb alle theoretischen Erörterungen und Hypothesen thunlichst vermieden oder nur auf das Nothwendigste beschränkt wurden. Die einzelnen Psychosen dagegen werden vom Verf. sehr eingehend besprochen; die Krankheitsbilder sind ausführlich und klar gezeichnet, die Krankengeschichten vortrefflich gewählt. Die leichte und verständliche Darstellung des sehr inhaltsreichen Lehrbuches, die reiche praktische Erfahrung des Verf., die sich in seinem Werke ausspricht, machen dasselbe besonders werthvoll. Das Studium desselben kann besonders den praktischen Aerzten und Studirenden auf's Wärmste empfohlen werden, denen es als Führer und Rathgeber auf dem Gebiete der Psychiatrie zu dienen, am besten geeignet ist.

Sacher.

Professor Dr. Hermann Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie. Wien 1897 Alfred Hölder.

Band XI II Theil. Die Erkrankungen der peripherischen Nerven von Professor M. Bernhardt.

Der zweite Theil dieses umfangreichen Werkes über die Krankheiten des peripherischen Nervensystems enthält eine ausführliche Bearbeitung der Neuralgieen. Verf. bespricht zunächst die allgemeine Pathologie der Neuralgieen, die Aetiologie, Diagnose und allgemeine Therapie und geht dann zur Besprechung der Neuralgieen in den Gebieten der einzelnen

Nerven über, wobei besonders eingehend die Ischias und Trigeminusneuralgie abgehandelt werden. Die Schilderung zeichnet sich durch ganz besondere Klarheit und Gründlichkeit aus, so dass auch der anspruchsvollste Leser volle Genugthuung erhält. In einem Anhang 1. giebt Bernhardt über seltenere und oft verkannte Neuralgieen (Achillodynie, Nackenschmerz, Metatarsalgie) Aufklärung, der Anhang 2. behandelt Kopfschmerz, Gelenkneuralgie und Rhachialgie. Im 3. Anhang beschreibt Dr. Lothar v. Frankl-Hochwart den von Nothnagel zuerst beschriebenen Symptomencomplex der Akroparästhesien. Dem Schluss des Buches ist ein Namen- und Sachregister beigefügt.

Band IX I Theil III Abtheilung. Die Geschwülste des Gehirns von Professor Dr. H. Oppenheim.

Die Bearbeitung dieses schwierigen Kapitels der Nervenpathologie reiht sich in würdiger Weise den bereits erschienenen Bänden des Nothnagel'schen Sammelwerkes an. Auf Grund einer grossen eigenen Beobachtungsreihe und eines sorgfältigen Studiums der Literaturquellen giebt Oppenheim eine ausführliche Schilderung der Hirngeschwülste, wobei natürlich die allgemeine und specielle Symptomatologie am meisten hervorgehoben und besprochen wird. Bei der Schilderung der Prognose macht Oppenheim darauf aufmerksam, dass die bisher herrschende Auffassung des Verlaufes der Hirntumoren «chronisch, progressiv und tödtlich» keine absolute Gültigkeit besitze. Die Krankheit kann acut einsetzen und in kurzer Zeit zum Tode führen. Andererseits kommen auch Fälle mit Remissionen, Intermissionen Stillständen bis zur völligen Heilung vor. Spontan heilen können Aneurysmen, Cysticerken, Echinokokken und auch Solitärtuberkel. Wachstumsveränderungen resp. Wachsthumsstillstände, degenerative Veränderungen im Tumor, Resorption von Cysteninhalt etc. können Remissionen bedingen. Bei Besprechung der Therapie, wobei Verfasser Jodkalium in steigenden und grossen Dosen auch in Fällen, wo keine Lues vorliegt, empfiehlt, wird der chirurgische Eingriff eingehend gewürdigt. Angreifbar sind in dieser Beziehung nur die Geschwülste der convexen Fläche des Grosshirns, villeicht auch der Orbitalfläche des Stirnhirns. Hier kommt es vor Allem auf eine genaue locale Diagnose an. Kleinhirngeschwülste sind inoperabel. Die partielle Exstirpation eines Tumors kann das Leben um Monate verlängern ja sogar eine Trepanation mit Spaltung der Dura kann durch Herabsetzung des Hirndruckes sehr günstig einwirken. Es würde uns zu weit führen auf Einzelheiten hier einzugehen; Wer sich für dieses Capitel der Hirnpathologie interessirt, wird das Oppenheim'sche Werk mit grosser Befriedigung lesen. Die Ausstattung des Buches ist eine vortreffliche.

Band IX II Theil II Abtheilung. Die infantile Cerebrallähmung von Dr. Sigm. Freud in Wien.

Ein durchaus schwieriges Gebiet ist es, das Verf. hier zur Darstellung bringt; die Krankheitserscheinungen der infantilen Cerebrallähmung sind so mannigfaltig, die ätiologischen Momente so verschieden, dass es nicht leicht ist sich hier zurecht zu finden. Dem Verf., der seit Jahren mit dem Studium dieser Erkrankung beschäftigt ist, dessen classische Arbeiten über dieses Thema wohl vielen Aerzten bekannt sind, ist es gelungen eine übersichtliche, klare Darstellung dieses hoch interessanten Capitels der Neuropathologie des Kindes zu geben. Zum besseren und leichteren Verständnisse theilt Freud die hemiplegischen von den diplegischen Formen ab. Die ersteren gleichen im Grossen und Ganzen den halbseitigen Lähmungen der Erwachsenen; nur sind bei Kindern die Bewegungsstörungen nicht einfach spastisch-paretisch, sondern auch theilweise ataktisch, ferner sind die posthemiplegischen Spontanbewegungen, die Chorea und Athetose, viel häufiger, als bei Erwachsenen. Die cerebralen Diplegien dagegen bieten eine Besonderheit des kindlichen Alters; schon die Aetiologie ist eine ganz andere; während die Hemiplegien meist erworbene Krankheiten darstellen, sind die Diplegien auf congenitale Störungen zurückzuführen (Cachexie der Eltern, zufällige Entwickelungshemmungen oder in Folge traumatischer Einwirkung während des Geburtactes). Das klinische Bild der cerebralen. Diplegie ist sehr variabel, gewisse typische Bilder jedoch lassen sich aufstellen, wenn es auch Uebergangsformen zwischen ihnen und Combinationen verschiedener Typen giebt. Als solche typische Formen stellt Freud folgende auf: 1) die allgemeine Starre 2) die paraplegische Starre 3) die spastische Paraplegie oder die paraplegische Starre 4) die bilaterale Hemiplegie (spastische Diplegie) 5) die allgemeine Chorea und 6) die bilaterale Athetose. Die Einzelheiten über Geschichte, pathologische Anatomie und Klinik der cerebralen Diplegien sind mit grosser Sorgfältigkeit bearbeitet worden. Das Literaturverzeichniss ist ein vollkommenes.

Abelmann.

J. Glax: Lehrbuch der Balneotherapie. Erster Band: Allgemeine Balneotherapie. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1897. 418 Seiten.

In Anbetracht des enormen Umfanges der zerstreuten balneotherapeutischen Literatur hat Verfasser, dirigirender Arzt in Abbazia, es unternommen dieselbe zu sammeln und dem Arzte und Studirenden ein Buch in die Hand zu geben, welches den Bedürfnissen mehr entsprechen soll, als die bisher gebräuchlichen. Da nun die meisten Lehrbücher der Balneotherapie sich vorwiegend mit der Wirkung der Mineralquellen beschäftigen und denselben zum Theil Erfolge zuschreiben, die ebensogut durch eine methodische innere oder äussere Anwendung des gewönlichen Wassers erzielt werden können, die Lehrbücher der Hydrotherapie dagegen in das andere Extrem verfallen und die chemische Wirkung der Mineralquellen ganz negiren wollen, so behandelt Verf. die Hydrotherapie, die Lehre von der Wirkung der Mineralquellen und die Klimatotherapie in gleichmässiger Weise. Der erste Band enthält die Hydrotherapie, die Balneotherapie im engeren Sinne, die Klimatotherapie und eine kurze Balneodiätetik. Der II Band wird die specielle Balneographie bringen. Nach dem vorliegenden Bande zu urtheilen ist das Werk mit Fleiss und Sachkenntniss verfasst und enthält eine Fülle des Stoffes, so dass es zum Studium sowohl als zum Nachschlagen in gleicher Weise geeignet sein wird. Sehr vortheilhaft zeichnen es eine grosse Reihe von Abbildungen aus, welche die balneotherapeutischen Manipulationen und Einrichtungen erläutern. Die grossen Literaturregister erhöhen ebenfalls den Werth des Buches.

Kallmeyer.

Aerztlicher Bericht des Rigaschen Stadt-Krankenhauses für die Jahre von 1886—1896. Riga. Verlag N. Kymmel. 1897. 341 pag. Preis 5 Rbl.

Den Anderen zur Ehre, sich selbst zur Zierde ist es ein schönes Festgeschenk, welches die Aerzte des Rigaschen Stadt-Krankenhauses der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga zu ihrem vor Kurzem stattgehabten 75-jährigen Jubiläum dargebracht haben. Ein Bericht über die zehnjährige Thätigkeit eines siebenhundert Betten fassenden und sich eines berechtigten Rufes erfreuenden allgemeinen Krankenhauses ist immer geeignet ein reges Interesse auch in den Kreisen der ärztlichen Welt wachzurufen, welche der betreffenden Anstalt weiter stehen und an ihrer Thätigkeit nicht directen Antheil nehmen. Der stattliche, schön ausgestattete Band, beginnt mit einer Entwickelungsgeschichte des Krankenhauses, es folgt seine ausführliche Beschreibung und dann die Krankenbewegung in den zehn Berichtjahren. Diese Abschnitte sind von dem Director Girgensohn verfasst. An die schliesst dann eine Reihe von tabellarisch zusammengestellten Berichten der Abtheilungsärzte und des Prosectors, denen z. Th. erläuternde und ergänzende Mittheilungen beigegeben sind. Sie haben zu ihren Verfassern die Herren Hampeln, Deubner, Vierhuff, A. v. Bergmann, G. v. Bergmann, v. Holst, Freymann, v. Knorre, M. Schmidt, Mey, v. Goetschel und Krannhals. Eine Fülle von Thatsachen, wie sie die grossen Zahlen allein zu liefern vermögen, ist hier mit viel Mühe und Geschick gruppirt, und manche dieser Arbeiten werden den speciellen Fachblättern willkommen sein, als Raritäten der Einzelbeobachtung. Eine besondere Erwähnung verdienen endlich noch die werthvollen, grösseren wissenschaftlichen Abhandlungen von Hampeln: über die diagnostische Bedeutung der Exantheme bei Typhus abdominalis, von A. v. Bergmann: zur Diagnose und Therapie des Hirnabscesses und v. Holst: über die besondere Form von Hysterie, wie sie in allgemeinen Krankenhäusern zur Beobachtung kommt. — Der Leser empfängt so den Eindruck, dass man im Rigaschen Stadt-Krankenhause nicht nur zu arbeiten, sondern auch das grosse klinische Material wissenschaftlich zu verarbeiten versteht.

Ein Glückauf den Rigaschen Collegen zu ihrer weiteren fruchtbaren Thätigkeit.

Kallmeyer.

Prof. Dr. O. Haab. Atlas und Grundriss der Ophthalmoscopie u. ophthalmoscopischen Diagnostik. 2. stark vermehrte Auflage. Verlag von J. F. Lehmann. München. 1897.

Das vorliegende VII. Band der rühmlichst bekannten Lehmann'schen medicinischen Atlanten enthält in seinem Texte eine kurze, aber höchst präcise und klare Anleitung zur Untersuchung des Augengrundes vermittelst des Augen-Spiegels. Der II. Theil enthält auf 80 Tafeln 136 farbige und 7 schwarze vortreffliche Abbildungen des gesunden und kranken Augenhintergrundes, die mit der grössten Naturtreue wiedergegeben sind. Sie bringen die am häufigsten vorkommenden Augenkrankheiten zur Darstellung und sind von einer kurzen Beschreibung begleitet. Auch dieser Band wird dem Praktiker, als Ergänzungswerk zum Lehrbuch der Augenkrankheiten, äusserst willkommen sein.

S.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Von den Farbenfabriken Friedr. Bayer und Co. ist ein neues Eisenpräparat — die sog. Eisensomatose in den Handel gebracht worden. Es ist ein hellbraunes Pulver, das sich in Wasser leicht löst und etwa 2% Eisen in organischer Bindung enthält Roos hat damit eine Anzahl schwächlicher und chlorotischer Mädchen behandelt mit dem Erfolg, dass innerhalb kurzer Zeit das Körpergewicht und der Haemoglobingehalt des Blutes zunahmen, der Appetit sich hob und das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand sich erheblich besserten. Dies trat auch bei 2 Fällen ein, die vorher schon längere Zeit ohne Erfolg mit Eisenpräparaten behandelt worden waren. Es wurden Tagesdosen von 5—10 g. in 2—3 Theilen in beliebigen Flüssigkeiten der täglichen Nahrung gelöst gegeben. In einzelnen Fällen trat bei täglicher Einnahme von 10 g. eine abführende Wirkung zu Tage, die aber von den meisten an Obstipation leidenden Mädchen eher angenehm empfunden wurde.

(Therap. Monatsh. Heft IX).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

625. Sitzung am 15. September 1897.

(Schluss)

Herr Wladimiroff: Der von Collegen Nissen vorgestellte Fall von Tetanus ist in der That sehr bemerkenswerth durch seinen chronischen und ungewöhnlich milden Verlauf. An dem Tage, als die Frage erörtert wurde, ob dem Pat. Antitetanus-Serum injicirt werden solle, zeigten sich in dessen Befinden bereits Zeichen der Besserung, und es wurde von der Einspritzung als von einem zwecklosen therapeutischen Eingriff Abstand genommen. Diese Stellungnahme zum Tetanus-Serum bedarf einer Erklärung, um so mehr als noch vor 4 Jahren auf die Leistungsfähigkeit dieses Mittels bedeutende Hoffnungen gesetzt wurden. Obwohl Behring seine Entdeckung der Antitoxine gerade beim Tetanus gemacht hat und es ihm gelungen ist zuerst aus dem Organismus gegen diese Krankheit immunisirter Thiere Serum von ungeheuerem antitoxischem Werthe zu erzielen, so hat das Tetanusserum sich doch nicht einen Boden als Heilmittel gewinnen können, wie es das Diphtherieserum in kürzester Zeit gethan hat. Der Grund hierfür ist nicht etwa in äusseren Ursachen zu suchen, sondern im Wesen der Starrkrampferkrankung selbst. Schon von Anfang an regten sich, trotz einzelner günstiger Berichte über Serumbehandlung des Tetanus, warnende Stimmen gegen eine voreilige Begeisterung für diese Therapie, unter denen als die gewichtigsten diejenigen von Vaillard und von Roux zu nennen sind.

Ganz abgesehen davon, dass eine Beurtheilung der Leistungsfähigkeit dieses Mittels auf Grund statistischer Daten kaum statthaft ist, weil dieselben sich nur auf sporadische Fälle von höchst verschiedener Infectionsintensität beziehen, so lassen auch die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen den Heilwerth des Tetanusserum durchaus fragwürdig erscheinen.

Vortragender betont, dass er zunächst nur vom Tetanusserum als Heilmittel spricht und erinnert daran, dass er vor 4 Jahren an derselben Stelle die zweifellose prophylactische Bedeutung dieses Serums an einigen Serien von weissen Mäusen demonstrirt hat.

Um den scheinbaren Widerspruch zwischen dem Heil- und dem Schutzeffect des Tetanusantitoxines aufzuklären, muss man sich den Mechanismus der Starrkrampferkrankung vergegenwärtigen. Die Erreger dieser Krankheit werden nicht durch den Organismus verbreitet, wie dieses bei der Mehrzahl der Infectionskrankheiten der Fall ist, sondern sie verharren an dem Ort, an welchem sie bei der Infection deponirt worden sind und entsenden von dort aus in den übrigen Körper ihre in loco producirten Toxine. Es werden doch offenbar nicht alle Zellelemente das Organismus durch dieses Gift in Mitleidenschaft gezogen. Die letzten Untersuchungen von Ehrlich haben es mehr als wahrscheinlich gemacht, dass das Tetanustoxin eine besondere Affinität zu gewissen Zellen des Centralnervensystems besitzt. Das Protoplasma dieser Zellen soll eine derartige chemische Constitution besitzen, dass gewisse Nebenketten des eigentlichen chemischen Kernes mit dem Tetanusgift eine feste Vereinigung eingehen, dasselbe sozusagen verankern und dadurch die Zellen selbst in ihren Functionen tief schädigen. Das Tetanusantitoxin ist zwar nach den Versuchen von Dönitz noch nach 20 Stunden im Stande den Verankerungsprocess wieder rückgängig zu machen; damit ist aber für die Therapie nichts gewonnen; denn wenn ein Starrkrampfkranker zur Behandlung gelangt, so sind die Veränderungen im Centralnervensystem, wie sie durch den Symptomencomplex zum Ausdruck gelangen, bereits viel zu alten Datums, um noch einen Rückgang durch die Serumtherapie zuzulassen. Das Einzige, was das Antitoxin dann noch zu leisten im Stande ist, besteht in der Verhütung neuer Zellaffectionen durch das noch fortdauernd in den Kreislauf eingeschwemmte Gift.

Mithin würde die Serumtherapie bei dem Starrkrampf noch dann eine Berechtigung haben, wenn die bereits bestehenden Veränderungen an sich so schwer sind, dass sie unbedingt das Leben des Pat. bedrohen, und wenn die Progression der Symptome auf eine weitere Production von Toxin von der nicht gereinigten Infectionsstelle aus schliesssen lässt.

Diese Einschränkung vom therapeutischen Gesichtspunkte aus, ist jedoch nicht im Stande den Werth des Tetanusserums sehr herabzumindern, da der Schwerpunkt seiner Bedeutung in seiner präventiven Leistungsfähigkeit liegt. Nocard, welcher mit seiner bekannten Genialität eine ungewöhnliche Energie verbindet, hat dem Tetanusantitoxin in der Veterinärpraxis eine ausgebreitete Anwendung verschafft. In gewissen Gegenden Frankreichs und seiner Afrikanischen Colonien ist der Wundstarrkrampf derart verbreitet, dass nicht nur die Mehrzahl der zufälligen Verletzungen bei Pferden und den übrigen Hausthieren eine Complication mit Tetanus nach sich zieht, sondern dass sogar gewisse aus commerciellen Gründen wünschenswerthe Operationen, hauptsächlich die Castration den Verlust fast aller operirten Thiere im Gefolge haben. Gegen diese Uebelstände wird auf Nocard's Betreiben seit einigen Jahren durch consequente präventive Application von Tetanusserum in jedem Falle von Verletzung angekämpft und zwar mit einem die weitgehendsten Erwartungen entsprechenden Erfolg, wie aus den umfangreichen und zuverlässigen statistischen Materialien zweifellos hervorgeht. Bei dieser Gelegenheit kann die menschliche Medicin sich von der Veterinärmedicin eine Lehre nehmen, wie es in Paris auch bereits geschieht, wo mehrere Chirurgen in jedem Falle, wo sie es mit verunreinigten Wunden zu thun haben, ihrem Patienten eine präventive Einspritzung von Tetanusserum appliciren.

Selbst in Gegenden, wo Tetanus relativ seltener ist, wie z. B. in Petersburg, wäre doch ein consequentes Anwenden dieses Mittels in den angegebenen Fällen, durchaus rationell. Für den Kriegschirurgen aber muss es besonders wichtig erscheinen; im Felde sollte die Tetanusantitoxineinspritzung zu den unumgänglichen Manipulationen bei jeder ersten Behandlung einer verunreinigten Wunde zählen.

Was die verschiedenen Tetanusantitoxinpräparate anbetrifft, so verabfolgt das Pasteur'sche Institut nur flüssiges Serum. Der erste klare Abhub ist für die menschliche Medicin bestimmt, der zweite etwas röthlich tingirte wird mit der Vignette «usage véterinaire» abgegeben. In ihrer Wirkung sind beide Präparate völlig gleich. Die Höchster Farbwerke verkaufen nur ein schwächeres für die Prophylaxe bestimmtes Serum in flüssiger Form, während das stärkere sogen. «Heilserum» als getrocknetes Präparat in den Handel gebracht wird. Letzteres soll zu 5 gramm in 45 Ccm. warmen Wassers (von 40° C.) aufgelöst und womöglich intravenös angewandt werden.

Alle diese Manipulationen müssen selbstredend mit allen aseptischen Cautelen ausgeführt werden, was seine Anwendung complicirt und dem Arzt höchste Vorsicht auferlegt. Das in Italien (v. Tizzoni) durch Aussalzen gewonnene trockene Präparat, gelangte soviel Vortr. weiss, überhaupt nicht in den Handel. Bei uns wird das Tetanusserum noch nirgends im Grossen dargestellt aber es ist höchst wünschenswerth dass auch in Russland eine Darstellungsstätte für dasselbe eingerichtet wird. (Autoreferat.)

Discussion.

Herr Moritz fragt an, ob es H. Wladimiroff bekannt sei, dass es bei uns, in Russland, auch Landstriche od. Städte gebe, wo ein so häufiges Erkranken an Wundstarrkrampf beobachtet worden wäre, wie es, nach des Berichterstatters Worten, in einzelnen Territorien Frankreichs der Fall sei? — Hier in Petersburg giebt es nur sporadische, und dazu nur sehr seltene Fälle.— Dagegen erinnere er sich allerdings von seiner Thätigkeit auf den Schlachtfeldern des Jahres 1870 her, dass unter den Verwundeten einzelne auffallende Anhäufungen von Tetanusfällen vorkamen, so beispielsweise nach den Schlachten von Sedan und Beaumont,

Herr Schmitz. Da Paris ein Ort ist, wo der Tetanus in beinahe endemischer Weise auftritt, so wäre es interessant zu wissen, ob unter den Verwundeten der französischen Truppen während der Belagerung im Jahre 1870 der Wundstarrkrampf häufig aufgetreten wäre?

Herr Wladimiroff: bezüglich Russlands ist nichts von an einzelne Ortschaften gebundenem häufigerem Erkranken an Tetanus bekannt geworden. Was Herrn Schmitz's Anfrage betrifft, so ist er über die Verhältnisse in Paris im Jahre 1870 nicht orientirt. Jetzt dagegen ist Tetanus in Paris sehr häufig.

Herr Anders macht darauf aufmerksam, dass es von jeher als feststehend angesehen wurde, dass gewisse Verletzungen besonders für das Vorkommen von Tetanus prädisponiren, so beispielsweise die Verletzungen der Fingerkuppen. Auch Quetschungen, die durch Schlag mit dem Hammer hervorgerufen worden, scheinen das Entstehen des Wundstarrkrampfes zu begünstigen. Er selbst hat solche Fälle beobachtet. — Ist Aehnliches auch in anderen Gegenden constatirt worden?

Herr Moritz erwähnt, dass auch Verletzungen mit Nägeln, beispielsweise das Auftreten auf Nägel mit blossen Füssen, im Rufe stehen, verhältnissmässig häufig den Eintritt des Wundstarrkrampfes nach sich ziehen.

Herr Wladimiroff. Es lässt sich annehmen, dass jede Verletzung, die eine nicht umfangreiche aber tiefe und versteckte Wunde bewirke, den Tetanusbacillen günstige Verhältnisse für Proliferation und Entwickelung ihrer Toxine abgeben müssen; die Tetanusbacillen sind anaërob; jeder gewundene oder enge Wundkanal bildet einen der Luft unzugänglichen Schlupfwinkel, in dem die Tetanusbacillen ihr Wesen treiben können. Aus dieser Ueberlegung folgt, dass gerade äusserlich unscheinbare, aber verhältnissmässig tief eindringende Verletzungen wohl für die Entstehung des Wundstarrkrampfes verantwortlich gemacht werden könnten, falls mit dem verletzenden Körper auch Tetanusbacillen in den Körper eingedrungen sind.

Herr Moritz. Seit Alters her, also zu Zeiten, wo man von Tetanusbacillen noch nichts ahnte, hatte man bereits den Starrkrampf in den meisten Fällen als eine Wundinfectionskrankheit angesehen und daher in allen Fällen seines Auftretens nach einer Verletzung gesucht, die dem schädlichen Agens als Eingangspforte gedient haben könnte. Nun gab es aber stets einige Fälle, in denen man trotz gewissenhaftesten Examinirens und Suchens keine Verletzung, auch nicht die unbedeutenste, nachweisen konnte. Für diese Fälle hatte man den Begriff des «Tetanus rheumaticus» aufgestellt, also eines Starrkrampfes, dessen Erscheinen nicht an eine vorausgegangene Verletzung, sondern vielleicht an Erkältungseinflüsse oder dergl. etwa gebunden ist. Wie soll man es nun heute mit dieser Gruppe halten, hat man noch heute ein Recht dazu eine andere Aetiologie als eine durch Tetanusbacillen oder deren Toxine inficirte Wunde gelten zu lassen?

Herr Wladimiroff: hat noch keinen Fall von Tetanus zu Gesichte bekommen, der als Tetanus rheumaticus hätte angesprochen werden müssen.

Herr Wanach: Gerade der Umstand ist hervorzuheben, dass die Wunden oft ganz unbedeutend und oberflächlich sein können. Auffallend häufig erscheint Tetanus nach Erfrierungen; in einem der beiden von ihm beobachteten Fälle handelte es sich um die Erfrierung eines Fusses; im 2. Falle gab das Auftreten auf die scharfe Spitze eines Nagels die Verletzung ab. Beachtenswerth ist, dass die Tetanusbacillen nicht nur im Boden etc. vorkommen; die Fälle von Tetanus nach Erfrierung der Füsse sind meist doch wohl so zu deuten, dass die Bacillen an der Haut oder der Fussbekleidung längere Zeit haften und dann in den durch den Frost geschädigten Geweben ihre Wirkung entfalten.

Herr Kallmeyer: Bezüglich der von H. Moritz angeregten Frage, ob über die sog. rheumatische Form des Tetanus die Ansichten sich geklärt haben, ist zu sagen, dass viele Autoren sich gegen die Existenz einer solchen Form aussprechen und man wohl häufig als rheumatischen Tetanus solche Fälle bezeichnet hat, in denen die Art und der Ort der Verletzung nicht aufzufinden waren. Man müsse in dieser Beziehung besonders vorsichtig sein, es sei zwar sehr schwierig den Ort der Läsion zu entdecken, aber es gelinge zuweilen doch. In einem der von ihm beobachteten Fälle von schwerem Tetanus bei einer jungen Gärtnerin, liess sich trotz des grössten Verdachtes, dass der eine Fuss der Ausgangspunkt der Erkrankung sei, weil in ihm die Krämpfe am stärksten waren und von dort aus die allgemeinen Krämpfe ausgelöst zu werden schienen, keine, auch nicht die kleinste Verletzung nachweisen. Erst bei der Section, nachdem die Leichenblässe eingetreten war, erwies sich an der Fusssohle ein dunkles Pünktchen. Dies war das äussere Ende eines 1 ctm. langen haardünnen Splitters, welcher die Haut durchdringend in eine erbsengrosse Abscesshöhle des Unterhautzellgewebes führte, deren Eiter die Tetanusbacillen enthielt.

Dieser Fall hätte also unter anderen Umständen einen rheumatischen Tetanus vorgetäuscht, und andererseits, hätte man den Fuss auf den blossen Verdacht hin amputirt, so wäre die Patientin am Leben geblieben. — Ueberhaupt kommt den Splittern sowohl, als den Erfrierungen eine grosse Bedeutung in der Aetiologie des Tetanus zu. Der vom Collegen Nissen demonstrirte Fall ist ein so leichter, wie man ihn fast nie zu Gesichte bekommt.

Herr Wladimiroff: «Was die Art der Verletzung anbetrifft, so lässt sich wohl begreifen, dass alle jene Gewalten, welche zu einer bedeutenden Läsion der Gewebselemente geführt haben, wie etwa Zerschmetterungen, Quetschungen, auch selbst Erfrierungen, Bedingungen schaffen, die der örtlichen Propagation der Bacillen und der Entwickelung der schädlichen Toxine günstig sind, denn durch die örtliche Gewebsläsion werden die Widerstände der Gewebe im Kampf mit der Noxe herabgesetzt und auf diese Weise die Gefahren der Intoxication des ganzen Körpers erhöht.

Vielleicht wäre es rathsam in Anbetracht der von Dr. Moritz erwähnten Fälle darauf aufmerksam zu machen, dass man sich davor zu hüten hätte, in allen Fällen, wo klinisch die Erscheinungen eines Starrkrampfes in Erscheinung traten, sofort eine Intoxication mittelst des specifischen Tetanusgiftes anzunehmen. Es wäre doch denkbar, das auch andere Krankheitszustände tonische Krampfanfälle herbeiführen könnten, die diesem typischen und auf Tetanusbacillenwirkung beruhenden Starrkrampf ähnlich sein können. Unsere Kenntnisse über das Wesen und den Ablauf aller tetanischen Erscheinungen sind eben noch bei Weitem nicht als abgeschlossen anzusehen.

Vermischtes.

— Dr. med. A. Ucke und Mag. pharm. R. Thal haben hier ein bacteriologisches und chemisches Laboratorium eröffnet, in dem alle klinischen Untersuchungen ausgeführt werden. Die Adresse ist: Екатерингофскій просп. № 14.

— Uns ist das vorläufige Programm des IX. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie zugegangen, der im April 1898 in Madrid stattfinden wird. Wir können dasselbe wegen seines grossen Umfanges hier nicht abdrucken, stellen es aber Interessenten gern zur Verfügung.

— Die Aerzte, welche im Jahre 1872 den Cursus an der ehemaligen medico-chirurgischen Academie absolvirt haben und in der nächsten Woche somit das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit begehen, haben beschlossen, von dem an diesem 25. Jahrestage üblichen Diner abzusehen und statt dessen eine Summe zum Unterstützungsfonds für Wittwen und Waisen von Aerzten zu spenden.

— Für den durch den Tod Prof. Bogomolow's erledigten Lehrstuhl der medicinischen Chemie in Charkow haben sich 5 Candidaten gemeldet, und zwar die Privatdocenten N. J. Borissow (St. Petersburg), Tscherewkow, Tschujewski und N. J. Wassiljew (Charkow) sowie Dr. Kijanizyn (Kiew). Wie bei der neulichen Besetzung der Professur für Geburtshülfe in Jurjew (Dorpat), so ist auch diesmal in Charkow die Wahl des Candidaten der medicinischen Facultät und dem Conseil der Universität überlassen worden.

— Ordensverleihung: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem zur Disposition Sr. K. H. des Thronfolgers Cäsarewitsch abcommandirten Consultanten bei den St. Petersburger Anstalten des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria und älteren Arzt des St. Petersburger Marienhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Aikanow.

— Ernannt: Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Hofrath Dr. Gundobin, zum ausserordentlichen Professor für Kinkerkrankheiten der genannten Academie, unter Enthebung von seinem Posten als Arzt des Ministeriums des Aeusseren.

— Verstorben: 1) Am 24. Dec. in Mitau der ehemalige Gouvernements-Medicinalinspector von Kurland, wirkl. Staatsrath Dr med. et chirurg. Wilhelm v. Mulert, im 82 Lebensjahre. In Mitau als Sohn eines geachteten Fabrikanten geboren, erhielt er seine med. Ausbildung im Auslande und liess sich dann als Arzt in seiner Vaterstadt nieder, in welcher er fast 60 Jahre hindurch die medicinische Praxis ausgeübt hat. Seine bedeutenden Gaben als Chirurg und Diagnostiker hatten ihm schon früh eine ausgedehnte Clientel verschafft und sein Ruf verbreitete sich weit über Mitau hinaus und führte ihn oft zu Kranken nach Litthauen und ins Innere des Reichs. Lange Jahre hat Mulert auch den Posten des Medicinalinspectors des Gouvernements Kurland bekleidet und als solcher ebenfalls die Liebe und Achtung seiner Untergebenen erworben. Die örtlichen Tagesblätter widmen dem Hingeschiedenen einen sehr warmen und ehrenvollen Nachruf. 2) In Ssamara der junge Arzt Euthymius Neumann in Folge von Blutvergiftung. 3) In Wien der frühere Professor der Chemie an der dortigen Universität und Joseph-Academie für Militärärzte Dr. Franz Schneider im Alter von 84 Jahren. Ursprünglich Arzt, widmete er sich später ganz der Chemie, doch betrifft ein grosser Theil seiner Arbeiten solche Fragen, welche die Medicin und Chemie gemeinsam angehen.

— Der Privatdocent der Augenheilkunde an der Universität Heidelberg Dr. v. Hippel ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— An Stelle des verst. Professors Roy ist Dr. Kanthack zum Professor der Physiologie an der Universität Cambridge ernannt worden.

— Der neugewählte Vorstand der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Leipzig für das Jahr 1898 besteht aus folgenden Herren: 1) Vorsitzender: Prof. Dr. Waldeyer (Berlin), erster Vorsitzender; Prof. Dr. Neumayer (Hamburg), erster stellvertretender Vorsitzender; Prof. Dr. v. Leube (Würzburg), zweiter stellvertretender Vorsitzender. 2) Vorstandsmitglieder: Prof. v. Recklinghausen (Strassburg), Prof Dr. Heubner (Berlin), Prof. Boltzmann (Wien), Prof. Dr. Pfeffer (Leipzig), Prof. Linde (München) und Prof. Dr. Chiari (Prag). Ausserdem gehören dazu die Geschäftsführer der letzten Versammlung Prof. Blasius und Prof. Schulz in Braunschweig und die Geschäftsführer der nächsten Versammlung Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Moren und Ober-Realschuldirector Viehoff in Düsseldorf.

(Allg. m. C.-Ztg.)

— Dr. Karl Theodor Herzog in Bayern hat am 1. December d. J. in seiner Augenheilanstalt in Tegernsee die 3000 Staaroperation ausgeführt.

— In Berücksichtigung der Zunahme der Einwohnerzahl sind in St. Petersburg sechs neue Apotheken concessionirt und bereits eröffnet worden.

— Die Zahl der Studirenden an der Warschauer Universität beträgt gegenwärtig 1097: dazu kommen noch 106 Pharmaceuten und 11 freie Zuhörer. Zur medicinischen Facultät gehören 423 Studirende.

— Die Zahl der Leprösen in Russland wächst, seit man ernstlich nach ihnen forscht, derartig, dass die Vermehrung der Zahl der Leprosorien an verschiedenen Orten Russlands nothwendig erscheint. Daher beabsichtigt das Medicinal-Departement unter Anderem ein Leposorium in Kamtschatka zu erbauen. In Turkestan war eine Commission damit betraut worden, alle Daten über die Leprösen im Turkestangebiet, sowie in den Chanaten Buchara und Chiwa zu sammeln und ein Project zur Verpflegung der Leprakranken auszuarbeiten. Diese Commission hat nun ihre Arbeiten beendet und der Turkestanschen Bezirksverwaltung der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» zur Prüfung vorgestellt. Nach den von der Commission gesammelten Daten beläuft sich die Zahl der Leprösen im Turkestangebiet auf 168, in Buchara und Chiwa auf ca. 415. Bezüglich der Verpflegung der Leprakranken und der Massnahmen zur Bekämpfung der Lepra hält die Commission es für nothwendig, bei Taschkent ein völlig isolirtes Central-Leprosorium zu errichten, in welchem die Leprösen aus dem ganzen Gebiet, sowie aus Buchara u. Chiwa zwangsweise unterzubringen wären. Zugleich hat die Commission eine geeignete Oertlichkeit zur Anlegung der Leprösen-Colonie ausfindig gemacht und das Projekt der Einrichtung derselben ausgearbeitet.

— Das Kapital der russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug am 1. December d. J. 4,619,722 Rbl. 82½ Kop.

— Im Turkestangebiet herrscht seit dem August das Malariafieber. Nach officiellen Daten erkrankten in der zweiten Hälfte des September-Monats im Taschkenter Kreise 3075 Personen, von denen 677 gestorben sind. In der Stadt Taschkent selbst starben in der angegebenen Zeit allein 85 Personen.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 9. December 1897.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15 December 1897.

Дозв. ценз. Спб. 5 Декабря 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, **Petersburger Seite**, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden **Montag, Mittwoch** und **Freitag** von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 13. (25.) December **1897**

Eine seltene Verletzung mit ungewöhnlichen Complicationen.

Von
Drd. med. H. Rubinstein,
Assistenten am pathologischen Institut in Jurjew.

Folgender Fall bietet wegen seiner grossen Seltenheit und des überraschenden Befundes am Sectionstische solch ein Interesse, dass ich es für gerechtfertigt halte, ihn der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Es handelt sich um einen 40 Jahre alten Mann, M. L., der aus der chirurgischen Abtheilung der Hospitalklinik Dr. Zoege v. Manteuffel's am 2. October 1897 in's Pathologische Institut zur Section übersandt wurde. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Dr. v. Schiemann verdanke ich folgende anamnestische Daten, welche ich auf der Fabrik, wo der Unglücksfall passirte, selbst noch vervollständigen konnte.

Anamnese. Patient ist nach eigener Aussage bis auf einige Male, wo Erkältung vorlag, immer gesund gewesen. Als Arbeiter auf einer Dampfsägemühle hat er am Morgen des 3. September 1897 unter einem laufenden Schwungrade in gebückter Stellung Holzspähne entfernen wollen, dabei sei sein Stock in's laufende Rad gerathen, von demselben zerbrochen, einzelne Theile ihm in's Gesicht und auf den Rücken geschleudert worden. Ein längeres Holzstück habe sich in der rechten Seite des Unterkiefers eingebohrt und sei mit einer gewissen Gewaltanstrengung von einem herbeigeeilten anderen Arbeiter entfernt worden. Patient habe dann recht viel Blut verloren; letzteres floss nicht nur aus der Wunde, sondern auch aus dem Munde und der Nase; auch habe Patient mit Blut erbrochen und hustete Blut aus. Sofort darauf wurde Patient in's Hospital in die chirurgische Abtheilung hingebracht.

Status präsens. 3. September 1897. Patient von mittlerer Grösse schwach entwickelter Musculatur, Panniculus adiposus gering, Schleimhäute blass, frequenter Puls — 120. Auf dem rechten Unterkieferrande eine 3—4 cm. lange Wunde mässig blutend. Handbreites Emphysem zieht sich vom oberen Winkel der linken Scapula beginnend neben der Wirbelsäule bis zur IX. Rippe. Nähere Inspection der Unterkieferwunde zeigt, dass in derselben 3 Holzspähne von 2—4 cm. Länge stecken, die in schräger Richtung von oben vorne nach hinten unten zur Wirbelsäule hin, hineingetrieben sind. Bei der Extraction der genannten Fremdkörper und weiteren Untersuchung verliert Patient 2 Mal die Besinnung. Die Palpation des Emphysems ergiebt ungemeine Schmerzhaftigkeit der zwischen Scapularand und Wirbelsäule liegenden Rippentheile der IV. und V. Rippe. Sputum des Patienten mit Blut gemischt, im Munde keine Verletzung.

4. September. Patient klagt über starke Schluckbeschwerden, Schmerzen beim Athmen; Auswurf reichlich mit Blut untermengt. Percussion ergiebt verkleinerte Herzdämpfung. Herz nach rechts verdrängt. Lungengrenzen links etwas erweitert. Auscultation: abgeschwächtes Athmen der linken Lunge, amphorischer Wiederhall des Athmungsgeräusches an der linken Rückenfläche des Thorax bei der Plessimeter-Stäbchen-Percussion auf die Thoraxwandung hört man einen Metallklang.

5.—8. September. Schluckbeschwerden. Sonde gleitet leicht durch, Auswurf blutig gefärbt. Patient verträgt eine sitzende Stellung besser, als eine liegende. Temperatur Abends erhöht.

9.—11. September. Sputum eitrig, starke Schmerzen beim Athmen in der linken Lunge. Athemgeräusche abgeschwächt. Emphysem des Rückens unverändert.

12. September. Patient fühlt sich wohler, verlangt nach Hause entlassen zu werden. Sputum eitrig. Hautemphysem verringert sich. Temperatur normal.

13.—16. September. Die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die IV., V. und VI. Rippe zwischen Scapula und Wirbelsäule unverändert. Die Unterkieferwunde secernirt stark. Tamponade. Temperaturen Abends erhöht.

16.—21. Status idem. Abends Temperaturen erhöht.

22. September. Erhöhte Temperatur. Das Hautemphysem fast ganz verschwunden, statt dessen Schwellung, Röthung über der linken Crista scapulae, deutliche Fluctuation.

22. September. Chloroformnarkose. Eröffnung eines Abscesses zwischen Scapula und Wirbelsäule. Es entleert sich ein Bierglas dicken Eiters. Der eingeführte Finger lässt den Abscess nach unten unter die Scapula verfolgen. Tamponade. Abfall der Temperatur.

23. September. Patient fühlt sich relativ wohl. Hustet stark. Sputum eitrig. Linke Thoraxhälfte macht deutlich sichtbar geringere Athemexcursionen, als die rechte.

24. September. Temperatur Morgens 39,0. Abends 39,9. Scharf begrenzte Röthe umgiebt die Rückenwunde. Patient wird in die Erysipelabtheilung übergeführt.

25.—30. September. Patient klagt über starke Schmerzen beim Athmen, kann nur in sitzender Lage gehalten werden. Sputum eitrig. Rücken- wie Unterkieferwunde secerniren mässig.

1. October. Puls unzählbar. 7½ Uhr Abends exitus letalis.

Die am 2. October 97 im Pathologischen Institut von mir vorgenommene Section ergab folgenden pathologisch-anatomischen Befund.

Mittelgrosse Leiche mit blassen Hautdecken recht abgemagert. Muskulatur und Panniculus adiposus atrophisch. Die obere rechte Hälfte des Gesichtes etwas gedunsen, von röthlicher Farbe. Auf dem unteren Rande des rechten Unterkiefers eine ca. 4 ctm. lange klaffende Wunde mit scharfen Rändern, aus welcher sich eitrige Flüssigkeit entleert. Den Grund der Wunde bildet die entblösste Mandibula. Der obere Theil der linken Seite des Rückens ist oedematös, die Haut abgeschilfert. Nach innen von dem Angulus der linken Scapula und nach oben eine 4—6 ctm. lange Wunde, aus deren Oeffnung, welche mit Jodoformgaze ausgestopft ist, sich mit Blut gemischter Eiter entleert.

In der Pericardialhöhle eine geringe Menge röthlicher seröser Flüssigkeit. Sowohl das Pericardium parietale als auch das viscerale ist mit kleinen leicht abziehbaren Fibrinfäden bedeckt.

Das Herz von normaler Grösse. Ventrikel und Vorhöfe gefüllt mit geronnenem Blute. Die Musculatur des Herzens sehr schlaff, lässt sich leicht mit dem Finger zerquetschen, von gelblicher lehmartiger Farbe. Die Intima der Aorta und die Klappen mit Blut imbibirt.

In der linken Pleurahöhle ca. 1 Liter schmutziger mit einem Stich ins Rothe etwas dicker eitriger Flüssigkeit. Die Rippen sind auf dieser Seite alle ohne Veränderungen und an keiner von ihnen ist ein Zeichen einer Fractur zu erkennen. Die linke Pleura costalis von der II. Rippe an zwischen der vorderen Axillar- und Sternallinie verdickt und bedeckt mit leicht ablösbaren Fibringerinseln. Mit ebensolchen Gerinseln ist auch das Diaphragma bedeckt. Der übrige Theil der Pleura ist von trüber schmutzig-grünlicher Farbe, besonders aber in der Nähe der Wirbelsäule. Irgend ein Defect in der Pleura parietalis lässt sich nirgends constatiren. Die Pleura pulmonalis des linken Unterlappens und des unteren Theiles des linken Oberlappens ist mit Fibrinauflagerungen bedeckt.

Bei der Betrachtung der linken Lunge bietet sich folgendes. In der Mitte und am vorderen Rande des oberen Lappens eine ca. männerfaustgrosse Höhle. Die Pleura pulmonalis fehlt an dieser Stelle, so dass eine freie Communication zwischen dieser Höhle und der Pleurahöhle vorhanden ist. Die Wände der Höhle bestehen theilweise aus Lungengewebe, theilweise aber ausschliesslich aus der dünnen Pleura pulmonalis, unter der das Lungengewebe gangraenescirt ist. Der Grund der Höhle ist ziemlich glatt von kleineren und grösseren Bronchen und Gefässen durchzogen. Das oberhalb dieser Höhle gelegene Lungengewebe ist für Luft durchgängig und ohne bemerkbare Veränderungen. Der unterhalb der Höhle gelegene Theil aber des linken oberen Lappens ist recht derb von grauer Farbe und für Luft undurchgängig. Auf der Schnittfläche der unteren Hälfte des linken Oberlappens ganz am unteren Rande bemerkt man eine taubeneigrosse ebenfalls gangraenöse Höhle mit schmutzig jauchiger Masse gefüllt, die aber nach aussen nicht durchgebrochen ist. — Der untere linke Lappen von normaler Consistenz, überall für Luft durchgängig, nicht oedematös.

Die rechte Lunge von normaler Grösse. Oberer Lappen stark oedematös, mittlerer Lappen recht derb, auf der Schnittfläche verschiedene Herde von rother und grauer Farbe. Ein Stückchen von diesen Herden ins Wasser geworfen fällt zu Boden. Der rechte Unterlappen härter als normal, für Luft aber noch durchgängig.

Die Milz im hohen Grade weich, ziemlich vergrössert, Pulpa lässt sich mit dem Messer abschaben.

Leber etwas vergrössert, von normaler Consistenz, Venae centrales erweitert und mit Blut gefüllt, die Grenzen der Acini deutlich zu sehen.

Rechte Niere von normaler Grösse und Consistenz, Capsel leicht abziehbar. Rinde stark mit Blut gefüllt, Venulae stellatae erweitert. In der linken Niere dasselbe Bild wie in der rechten mit dem Unterschiede nur, dass die Stauungserscheinungen dort noch viel stärker ausgesprochen sind.

Im Magendarmtractus nichts besonderes zu bemerken.

Verfolgt man nun den Verlauf der auf dem unteren Rande der rechten Mandibula durch den Holzsplitter verursachten Wunde, so lässt sich Folgendes constatiren. Das unterhalb des Unterkiefers gelegene Gewebe ist von schmutzig grauer Farbe mit Blut und Eiter infiltrirt. Dieses schmutzig graue Gewebe entspricht dem Verlaufe eines Kanals, dessen Anfang die auf der Haut des rechten Unterkiefers erwähnte Wunde bildet. Der Kanal zieht sich anfangs nach unten unterhalb des Unterkiefers, dann etwas schräg nach hinten oberhalb des Zungenbeines und nach innen zur Wirbelsäule, richtet sich zur Speiseröhre, durchbohrt letztere mit zwei Oeffnungen, gelangt auf die linke Seite des Oesophagus und biegt dann nach unten, verläuft abwärts an der linken Seite der Wirbelsäule unterhalb der Carotis sinistra bis zum Anfange der Aorta descendens. An dieser Stelle nun also an der linken Seite des Mediastinum posterius befindet sich ein von gangraenösen Massen umgebenes 2 ctm. langes 0,5 ctm. breites und 0,2 ctm. dickes Holzstück. Sein oberes Ende entspricht der Höhe des Verlaufes der linken Art. Subclavia, das untere Ende dem Anfange der Aorta descendens. Betrachtet man den Holzsplitter und den Stock mit dem der Verstorbene während des Unglücksfalles die Holzspähne unter dem Schwungrade hat entfernen wollen, so bemerkt man leicht, dass der Splitter zur abgebrochenen Spitze des Stockes an einer Stelle gut passt.

Oberhalb der linken Scapula befindet sich eine Wunde welche intra vitam durch Spaltung eines Abscesses, der sich an der Stelle des Hautemphysems gebildet hat, entstanden ist. (Bei dem Eintritt ins Hospital war auf der Haut des Rückens keine Verletzung zu bemerken.)

Anatomische Diagnose.

Corpus alienum mediastini posterioris sinistri. Perforatio oesophagi corpore alieno. Pyopneumothorax sinister. Gangraena partialis lobi super. sinistri. Pneumonia lobularis septica lobi super. sin. Pneumonia catarrhalis lobi medii dextri. Pleuritis fibrinosa sin. Pericarditis fibrinosa. Hyperaemia venosa hepatis et renum, Tumor lienis acutus.

Durch diesen überraschenden und unerwarteten Befund dieses Fremkörpers in einer von der Wundpforte so weit abgelegenen Stelle lassen sich natürlich die klinischen Erscheinungen und die pathologisch-anatomischen Veränderungen ohne besondere Schwierigkeiten erklären, obgleich manche gerade klinische Symptome am Sectionstische nicht mit Sicherheit aufgehellt worden sind. Die Perforation der Speiseröhre konnte natürlicht nicht ohne gewaltigen Einfluss auf den Schluckact und die Athmung bleiben. Daher auch die starken Schluck- und Athembeschwerden, welche sofort nach der Verletzung eintraten, daher auch der Blutverlust aus dem Munde und das blutige Sputum. Auch die Entstehung der eitrig fibrinösen Pleuritis mit der septischen Lungenentzündung, welche ihren Ausgang in partielle Gangrän genommen hat, liesse sich leicht erklären. Der Fremdkörper war ja zweifellos septisch, was sich durch die eitrige Infiltration des Gewebes auf der ganzen Strecke von der äusseren Hautwunde des rechten Unterkiefers an bis zum Mediastinum posterius, wo der Holzsplitter von eitrig gangraenösen Massen umgeben lag, kundgiebt. Die Eitererreger wurden durch die Lymphspalten in die Pleura verschleppt und verursachten dort die eitrig fibrinöse Pleuritis. Auch fanden sie durch den in der Nähe des Splitters sich befindenden Hilus und die dort vorhandenen massenhaften Lymphbahnen leicht den Zutritt in die linke Lunge, wo sie eine septische Pneumonie mit Ausgang in Verjauchung

verursacht haben. Dafür dass hier eine gangraenös eitrige Einschmelzung des Lungengewebes vorliegt, spricht klar der Befund einer zweiten kleineren Höhle in der pneumonischen unteren Hälfte des linken Oberlappens, welche ganz das characteristische Bild der gangraenös eitrigen Einschmelzung darbot. Als Folge der grossen durch die Pleura pulmonalis durchgebrochenen gangraenösen Caverne musste selbstredend ein Pneumothorax entstehen.

Nun fragt sich aber, woher das Hautemphysem sofort nach der Verletzung und wie konnte schon am zweiten Tage nach der Verletzung der Pneumothorax entstanden sein? Eine Laesion der Pleura durch von dem Kliniker vermutheten Rippenbruch konnte am Sectionstische nicht nachgewiesen werden. Auch war der Fremdkörper ausserhalb der Pleurahöhle wenngleich hart an der Pleuraauskleidung derselben gelegen und man konnte an der entsprechenden Stelle weder eine Oeffnung, noch einen Defect an der Pleura constatiren. Es muss daher nicht ohne Wahrscheinlichkeit die Vermuthung ausgesprochen werden, dass der Fremdkörper sowohl die Pleura und möglicherweise auch die Lunge doch verletzt hat. Dass wir am Sectionstische die Spuren der Verletzung an der Pleura nicht mehr constatiren konnten ist nichts auffallendes. Der Spitter hat sich gewiss zurückgezogen, wie überhaupt alle Fremdkörper im Organismus ihre Lage zu verändern pflegen, besonders, wenn sie sich an einer Stelle befinden, wo sie verschiedenen Bewegungen — hier Athem- und Schluckbewegungen ausgesetzt sind. Dafür spricht auch die verticale Lage des Holzsplitters, welcher anfangs dieselbe entschieden nicht besessen hat, da sein Verlauf schräg von rechts vorne und oben nach links hinten und unten, wie es der von ihm zurückgelegte offene Canal zeigt, gerichtet war. Patient starb 4 Wochen nach der Verletzung und es konnte daher in in dieser Zeit die kleine Oeffnung in der Pleura leicht verkleben und verwachsen. Von der Verletzungsstelle der Lunge hätten sich dann die Eitererreger weiter verbreitet, die septische interstitielle Pneumonie hervorgerufen und das Lungengewebe allmählich auf dem Wege ihrer Ansiedelung eingeschmolzen. Dass das wahrscheinlich so der Fall war, dafür spricht auch die Lage der grossen gangraenösen Caverne neben dem Fremdkörper. Durchd iese Annahme der Pleura- und Lungenverletzung wird auch die Entstehung des acuten Hautemphysems und des acuten Pneumothorax leicht verständlich.

Es lassen sich also durch die letzterwähnte Annahme und den ganzen pathologisch-anatomischen Befund alle die klinischen Erscheinungen wohl erklären. Das Trauma selbst aber, welches zu diesen schweren Erscheinungen und Complicationen geführt hat ist gewiss in höchstem Grade interessant und gehört nicht zu den alltäglichen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet meinem hochverehrten Chef Herrn Prof. Dr. W. Afanassjeff für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Friedrich Hersing: Compendium der Augenheilkunde. 8. Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1897.

Vorliegendes Compendium, das jetzt bereits in 8. vollständig umgearbeiteter Auflage erscheint, giebt eine knappe, aber umfassende Uebersicht über das gesammte Gebiet der Augenheilkunde. Was der Mediciner wissen muss, um die leichteren Erkrankungen der Augen selbst zu behandeln und die schwereren Fälle richtig zu erkennen, das ist Alles in diesem sehr practischen Buche zusammengestellt. Trotz seiner Kürze ist es recht vollständig und kann deshalb den Studirenden und Aerzten bestens empfohlen werden als Vademecum, welches ihnen die Möglichkeit geben wird über die betreffende Augenkrankheit sich rasch zu orientiren. Sacher.

Prof. Dr. F. Bezold. Ueber die funktionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1897.

Vorstehend genannte Arbeit des berühmten Münchener Otologen ist das Resultat seiner 16-jährigen Beschäftigung mit der functionellen Prüfung des gesunden sowohl wie des kranken menschlichen Gehörorgans. Im Laufe dieser Zeit sind eine Anzahl grösserer Monographien und kleinerer Abhandlungen und Vorträge erschienen, die jetzt, vom Verf. gesammelt, den Hauptgang seiner Untersuchungen und die Ergebnisse derselben darstellen. An der Spitze derselben befinden sich die höchst mühsamen experimentellen Untersuchungen des Verf. über den Schallleitungsapparat, welche ein klares Verständniss der normalen Function der einzelnen Theile desselben und ihres gegenseitigen Verhältnisses geben. An der Hand eines sehr instructiven Obductionsfalles giebt Bezold ferner eine Erklärung für das Verhalten der Luft- und Knochenleitung beim Rinne'schen Versuch, dessen diagnostische Verwendbarkeit durch die Ergebnisse seiner statistischen Stimmgabel-Untersuchungen eine wesentliche weitere Stütze erlangt hat. Mit Hilfe der von ihm zusammengestellten kontinuirlichen Tonreihe, mit der die verschiedenartigsten Gehördefecte nachgewiesen werden können, hat Verf. fernerhin zahlreiche Untersuchungen über die physiologische obere und untere Tongrenze und das Hörvermögen im Alter vorgenommen. die sehr wichtige Resultate ergeben haben. Von der grössten practischen Bedeutung sind auch die Untersuchungen über das Hörvermögen nach Entfernung des Steigbügels, bei Stapesankylose und doppelseitiger angeborener Atresie des Gehörganges. Als wichtigstes Ergebniss derselben betrachtet aber Verf. die Aufschlüsse, die er über das Hörvermögen der Taubstummen gewonnen hat. Auf eine detaillirtere Wiedergabe des Inhalts müssen wir leider verzichten und begnügen uns damit unsere Leser auf das eingehende Studium dieser Abhandlungen aufmerksam zu machen, die in physiologischer und pathologischer Hinsicht von hohem Interesse sind. A. Sacher.

Dr. med. F. Bloebaum. Syphilis in Nase, Rachen, Ohr und Auge. Heusers Verlag. 1897.

Diese 50 Seiten in sich fassende Broschüre enthält eine kurze Uebersicht der verschiedenen Formen der luetischen Affectionen der betreffenden Organe und der Behandlung derselben, insbesondere mit dem von Dr Güntz sehr empfohlenen Chromwasser. Eine Flasche desselben von ungefähr 600 grm. enthält genau 0,03 Kali bichrom., ausserdem 0,1 Kali nitr., 0,1 Natr. nitr. und 0,2 Chlornatrium. Mit dieser von Kohlensäure gesättigten Aqua chromica hat Verf. sehr günstige Resultate bei Syphilis bekommen, namentlich in der zweiten und dritten Phase der Krankheit. Im Uebrigen bietet die Schrift nichts Neues. A. Sacher.

D. Hansemann: Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste. Berlin 1897. Verlag v. A. Hirschwald.

Verf. sagt in der Einleitung dass selbst der geübteste Histologe in einer grossen Reihe von Fällen nicht entscheiden kann, ob eine Geschwulst nach ihrem mikroskopischen Verhalten gutartigen oder malignen Charakters sei, «denn die Grenzen, die zwischen den malignen Tumoren und den gutartigen Wucherungen liegen, sind so wenig scharfe, sowohl morphologisch, als auch physiologisch, dass unmerkliche Uebergänge überall vorhanden sind». Das Wesen und der Ursprung der malignen Tumoren ist trotz allen Forschens in manchen Fragen von einem geheimnissvollen Schleier verhüllt.

Verf. beginnt, gestützt auf eine umfassende Kenntniss der Literatur und der historischen Entwickelung der Lehre von den Tumoren, mit den verschiedensten Eintheilungsprincipien und der allgemeinen Classification der Geschwülste. Hier sind die Arbeiten von Joh. Müller und Virchow von grundlegender Bedeutung gewesen. Die Morphologie der bösartigen Geschwülste, die karyokinetischen, sowie degenerativen Vorgänge im Parenchym der Tumoren bilden den Gegenstand der folgenden Betrachtungen.

Die Vorliebe der malignen Tumoren Metastasen zu bilden, ist schon lange bekannt. Dabei hat Virchow auf ein eigenthümliches Verhalten aufmerksam gemacht: dass nämlich Organe, welche gewisse Praedilectionsstellen für die Entstehung von Primärtumoren präsentiren, selten zu Ansiedelungen von Metastasen Gelegenheit geben und umgekehrt, so sind z. B. primäre Carcinome des Magens und primäre Sarcome des Auges häufig, Metastasen finden sich dagegen in diesen Organen selten. Oft stehen mächtige metastatische Geschwülste in gar keinem Verhältniss zu dem kleinen Primärtumor, so dass man letzteren übersehen und ersteren als Ursprungsstelle anzusehen Gefahr läuft. Din Unterscheidung von Metastase und Primärtumor ist oft nicht leicht zu treffen. Bei Besprechung der Histogenese erwähnt Verf. der drei Hauptansichten von Thiersch (gestörtes Gleichgewicht zwischen Bindegewebe und Epithel, Schwächung des ersteren und Ueberhandnehmen

des Epithels, welches in's Bindegewebe hereinwuchert), Cohnheim (Versprengung embryonaler Keime, die durch irgend einen Reiz später zur Wucherung gelangen) und Ribbert (Isolation von Zellen von dem ihnen zugehörigen gleichartigen Gewebe, aber weniger durch embryonale Versprengung als durch Entzündung hervorgebracht). Verf. spricht sich dahin aus, dass «Zellen sich in einer bestimmten Richtung verändern, anaplastisch werden (d. h. an selbstständiger Existenzfähigkeit zunehmen) und sich zu den verschiedenen morphologischen Gestaltungen zusammenschliessen». In dem Abschnitt über die Aetiologie werden die verschiedenen Momente, die man aus Mangel für eine factische Erklärung, in einen gewissen ursächlichen Zusammenhang zu bringen pflegt, wie chronische Entzündung, Disposition, Heredität, Trauma etc. genannt.

Der Text ist durchweg mit einer grossen Anzahl von Abbildungen versehen, welche das mikroskopische Bild des Carcinoms und Sarcoms unter den verschiedenen Bedingungen illustriren.

Das Buch sei Jedem, der bei seinen mikroskopischen Arbeiten auf dem einschlägigen Gebiete eines Rathgebers bedarf, empfohlen. Lingen.

Клиническая терминологія д-ра Отто Рота. Переводъ съ четвертаго нѣмецкаго изданія П. М. Ольхина. С. Петербургъ. К. Л. Риккеръ. 1898.

Die klinische Terminologie von Dr. Otto Roth ist allen unseren Lesern wohl zur Genüge bekannt. Durch die vorliegende Uebersetzung ist es auch den russischen Collegen ermöglicht, sich von den Vorzügen des Buches zu überzeugen. Den hauptsächlichsten Inhalt desselben bildet die Terminologie dor. Pathologie. Ausgeschlossen ist die Terminologie aller derjenigen Zweige der Medicin, welche sich mit normalen (physiologischen) Verhältnissen beschäftigen, wie die Anatomie, Histologie, Physiologie, welche vielmehr als bekannt vorausgesetzt ist. Die russische Uebersetzung des Werkes muss als sehr sorgfältige und wohlgelungene bezeichnet werden und verdient desshalb bestens empfohlen zu werden. Die Ausstattung desselben ist eine vorzügliche. Sacher.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur Frage ob es contraindicirt sei Calomel und gleichzeitig Chlorverbindungen oder Säuren zu verordnen hat vor Kurzem Dr. Javaue auf dem 8. Congress der Italienischen Gesellschaft für innere Medicin folgende Mittheilung gemacht. Er hat beobachtet, dass das Calomel, welches im Reagensglase mit Chlorverbindungen, mineralischen oder organischen Säuren in Verbindung gebracht worden war, kein Sublimat bildete. Dasselbe konnte J. an einem Hunde feststellen, dem eine Magenfistel angebracht war. — Ferner hat Vortr. 60 Kindern Calomel und gleichzeitig Salzsäurelimonade, Citronen- oder Acid. tartar.-limonade, ferner stärker gesalzene Bouillon, Milch, Orangensaft etc. gereicht und niemals den geringsten unangenehmen Zwischenfall beobachtet. Es haben ferner die Autopsien von Experimenthunden und von 2 Kindern, welche unter solchen Bedingungen behandelt worden und später an intercurrirenden Krankheiten gestorben waren, keinerlei anatomischen Veränderungen ergeben.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Jovaue dass es auf einem unbegründeten Vorurtheile beruhe, wenn man Calomel nicht gleichzeitig mit Säuren, Chlorverbindungen und Albuminaten verordnet. — (Semaine médicale 1897. 51)

Es wäre interessant zu erfahren, ob der eine oder der andere unserer Leser gegentheilige Erfahrungen in dieser Frage gemacht hat.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

626. Sitzung am 30. September 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secr.: Herr Heuking.

1. Herr Hackel spricht über Therapie und Hydrotherapie bei chronischer Obstipation (der Vortrag ist für den Druck bestimmt.)

Discussion.

Herr Westphalen: Der von Vortragendem durchgeführten Aussonderung der spastischen Obstipation aus der ganzen Gruppe der chronischen Obstipationen müsse man durchaus beistimmen. Bis vor Kurzem wurde den klinischen Eigenthümlichkeiten dieser Form der Obstipation keine genügende Würdigung entgegengebracht, und fehlten auch feste Gesichtspunkte bezüglich einer rationellen Therapie. In den letzten Jahren ist das nun anders geworden, und die spastische Obstipation beginnt ihre Stellung als selbstständiges Krankheitsbild in Lehr- und Handbüchern zu behaupten.

Sogar durch einzelne Obductionen ist in jüngster Zeit einiges Licht über dieses vor Kurzem noch ganz dunkle Gebiet verbreitet worden, besonders durch Mittheilungen, die von Marchand und namentlich von Rothmann gemacht worden sind. — Es scheint auch, dass jene eigenthümliche Darmstörung, die man als Enteritis membranacea bezeichnet und allgemein auf chronische desquamativ-catarrhalische Entzündung zurückgeführt hat, mit spastischen Contractionszuständen der Darmwand in Zusammenhang zu bringen sind; wenigstens spricht hierfür die mikroskopische Analyse der abgestossenen Membranen. Man findet in solchen Fällen in Querschnitten der mit Triacid gefärbten Cylinder in der Axe derselben eine grosse Anhäufung degenerirten Darmepithels, welches nach aussen zu von einem mehr oder weniger dicken Schleimmantel eingehüllt wird. Es macht ganz den Eindruck, als könne diese Anordnung von Cylinderepithel und Schleim durch eine spastische Contractur eines Darmabschnittes entstanden sein. Ob freilich in allen Fällen von Enteritis membranacea diese Aetiologie vorliege, ist eine andere Frage; besonders bei Kindern mögen andere Verhältnisse massgebend sein: doch sprechen die erwähnten mikroscopischen Untersuchungen vielfach direkt gegen eine entzündliche Entstehung der entleerten häutigen Cylinder.

Auch die Bemerkungen, welche Hackel über die Beziehungen zwischen Leberschwellung und Obstipation bei Neurasthenikern machte, bezeichnet Redner als durchaus zutreffend. Er hat sich selbst davon überzeugen können, dass bei Neurasthenikern Leberschwellungen mit Phasen von spastischer Obstipation nicht selten sind.

Hinsichtlich der Behandlung lässt sich nur sagen, dass die von Hackel empfohlenen hydrotherapeutischen Manipulationen, speciell die Application der Douche in der von Hackel geschilderten Weise durchaus rationell sind und auch factisch sehr gute Resultate geben. Hiervon hat sich Redner vielfach zu überzeugen Gelegenheit gehabt, und noch neuerdings, verflossenen Sommer, gelegentlich eines vorübergehenden Aufenthaltes in St. Blasien, wo in einem der örtlichen Sanatorien auf seinen Rath erwähnte Douchen angewandt wurden, und zwar mit vorzüglichem Resultat, obgleich das auf Ernährung bezügliche Regime, wie es in jener Anstalt gehandhabt wurde, wohl nicht als ganz zweckmässig bezeichnet werden kann.

Herr Hackel weist darauf hin, dass die Enteritis membranacea schon zu mancherlei unerfreulichen diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben hat: so erinnert er sich eines Patienten, der ihm als an Bandwurm leidend zugeschickt worden war. Der vermeintliche Bandwurm war jedoch nichts anderes als eine entleerte Membran. Bezüglich der Therapie können solche diagnostische Unzulänglichkeiten sehr schlimme Folgen nach sich ziehen.

Herr Wanach erinnert daran, dass spastische Contractionen des Darms nicht nur zu chronischer Obstipation, sondern auch zu acutem Darmverschluss mit schweren Ileuserscheinungen führen können. Die Contraction ist in diesen Fällen immer begrenzt; sie kann sich allerdings auf einen ziemlich grossen Darmabschnitt erstrecken. Vielfach sind solche Fälle operirt worden und noch auf dem diesjährigen Deutschen-Chirurgencongress hat Heidenhain in einem sehr interessanten Vortrag durch Mittheilung einer Reihe von absolut beweisenden Operationsbefunden die Thatsache sichergestellt, dass in der That Ileus durch spastische Darmcontraction hervorgerufen werden kann. Es handelt sich wohl immer um reflectorische Vorgänge. Hierher sind auch viele Fälle von Gallensteinileus zu zählen, da Gallensteine nur selten eine solche Grösse erreichen, dass sie das Darmlumen verlegen können; der Vorgang ist wohl der, dass die Darmwand, durch den Stein mechanisch gereizt, sich krampfhaft contrahirt und den Stein festhält. W. führt einen solchen Fall eigener Beobachtung an, der in desolatem Zustand ins Hospital trat und nicht mehr operabel war. — Wie wichtig, aber auch wie schwer die richtige Deutung der acuten Obstipation sein kann zeigt ein vor wenigen Jahren von Bowlby in London mitgetheilter Fall. Ein Mädchen erkrankte plötzlich in der Convalescenz nach einem Abdominaltyphus an Symptomen, die zur Diagnose; Perforationsperitonitis veranlassten. Bei der Laparotomie fand sich das Peritoneum normal; das Colon descendens war mit hartem Koth überfüllt, sonst keine Veränderungen. Das Kind wurde zwar gesund, aber der Fall mahnt doch zu grosser Vorsicht, da eine Probelaparotomie für einen Typhuskranken verhängnissvoll werden kann.

Herr Moritz: erinnert sich auch einiger Fälle von schwerer Koprostase, in denen die Section kein hinreichendes Hinderniss für die erschwerte Circulation der Darmcontenta nachwies. Besonders ist ihm ein Fall in Erinnerung geblieben, der vor Jahren im Obuchowhospital beobachtet wurde. Eine alte Frau litt an den Erscheinungen der Darm-Impermeabilität mit mässig ausgebildeten Ileuserscheinungen. Nach verschiedentlichen Versuchen zur Wiederherstellung der Durchgängigkeit wurde zur Ausführung der linksseitigen Colotomie geschritten; durch den künstlichen After floss kein Koth ab, sondern der harte und zähe, in grossen Mengen im Darm aufgestaute Koth musste geradezu herausgelöffelt werden. Nach dem 5 Tage hierauf erfolgten Tode der Frau konnte die Obduction kein eigentliches Circulationshinderniss als Grund der Kothstauung aufdecken.

Herr Tiling fragt an, ob man bei derartigen schweren und bezüglich ihres Zustandekommens so unklaren Zuständen nicht in dem Opium ein diagnostisch und zugleich auch therapeutisch verwendbares Hülfsmittel hätte; in Fällen von spastischer Contraction müsste, so sollte man annehmen, durch Opium Besserung der schweren Zufälle bewirkt werden.

Herr Westphalen: in der That hat man von der Eingabe von Opium und auch Belladonna Erfolge gesehen; doch ist jedenfalls die Douchenbehandlung einer medicamentösen Cur mit diesen Mitteln vorzuziehen.

Herr Moritz hat nach Darreichung der Belladonna (in Gaben zu ⅓ gran) gelegentlich Besserung eintreten sehen. Schon aus der Anwendung dieser gegen eine erhöhte Reizbarkeit der Darmmuskulatur gerichteten Medicamente ist zu ersehen, dass man bereits längst manche Obstipation und scheinbare Atonie des Darmes auf Erregungszustände der Darmmuskulatur, also auf spastische Zustände zurückzuführen sich veranlasst sah. Neu und das Resultat der Arbeit der letzten Jahre ist aber allerdings die scharfe Abtrennung der spastischen Form von der atonischen Form der chronischen Obstipation, und ihre Ausbildung zu einem abgerundeten und wohlcharakterisirten Krankheitsbilde. Hierdurch ist es auch erst möglich geworden, für ein rationelles therapeutisches Vorgehen feste Gesichtspunkte zu gewinnen.

2. Herr Anders spricht «Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage des Redressements nach Calot».

Nach der interessanten Mittheilung Herrn Heukings über seine Reise nach Berc sur Mer im vorigen Frühling und seine Studien des Calot'schen Redressements daselbst hat dasselbe mehrere Phasen der Entwickelung durchlaufen und ist wohl der Augenblick gekommen, die zum Theil neuen Gesichtspunkte etwas kritisch zusammenzufassen. Calot trat zunächst durch sein Verfahren eines forcirten Redressements von Gibbositäten in einen Gegensatz zu allen bisher gültigen Anschauungen, welche die spondylitische Wirbelsäule als noli me tangere der Ruhe und Immobilisation überwiesen. Calot zog in das Bereich der Indication für dieses Vorgehen jeden Gibbus hinein, ohne Ansehen des Alters der Patienten bis über die Adolescenz hinaus, und ohne Ansehen der Zeit seines Bestehens. Diesen Vorschlag in seiner ursprünglichen Fassung macht Referent Calot zunächst zum Vorwurf. Seitdem Referent Calot persönlich gesprochen und seinen Operationen beigewohnt, konnte er sich überzeugen, wie wesentlich Calot seitdem seinen Standpunkt verändert hat. Dasselbe gehe aus seiner während des internationalen Congresses geschriebenen Brochüre «Le traitement du Mal de Pott» hervor. Unter den von Calot geltend gemachten Gesichtspunkten fände sich ebenso viel praktisch Verwerthbares wie vollständig Unbewiesenes. Zunächst sei Calot in mancher Beziehung wesentlich beizustimmen. Calot habe im Grunde die allgemein angenommenen Principien der Immobilisation und Entlastung der auf einander drückenden exulcerirten Knochenflächen nicht verlassen. Die Unmöglichkeit aber, bedingungslos eine Vergrösserung eines Gibbus durch Horizontallagerung bei der Fortwirkung der muskulären Contractur zu verhindern, sei eine Thatsache. Die zu Hülfe genommene Extension und Contraextension bringe bei ihrer häufig nothwendigen Unterbrechung eine ungezählte Menge von Traumen mit sich, und jede Bewegung des Patienten habe ein Aneinanderdrängen der exulcerirten Flächen zur Folge. — Dem gegenüber sei eine einmalige forcirte Trennung der Flächen mit Nachfolge völligster Immobilisation weniger deletär. Immer könne es sich aber nach Anschauung des Referenten nur um der Behandlung zugängliche Gibben, d. h. um frischere Fälle handeln. In Bezug auf ältere ankylosirte Gibben könnten nur die Principien gelten, die Referent in seiner Arbeit über die «Haltung der spondylitischen Wirbelsäule» (Langenbecks Archiv 1888) nachgewiesen hat. Hier handele es sich nur zum Zweck des Ausgleiches und der Streckung der Wirbelsäule, um Brüche und Risse der Wirbel oberhalb und unterhalb des Gibbus, um Gestaltveränderungen in den von Spondylitis freien Partien der Wirbelsäule. — Calot aber gehe jetzt überhaupt nicht mehr forcirt vor. Er sichtet die Fälle und redressirt sanft in Monate von einander getrennten Séancen. Das Calot'sche Verfahren hat unzweifelhaft treffliche orthopädische Effecte zur Folge; es ist bis zu diesem Punkte Calot beizustimmen — unter einer Voraussetzung — dass seine weiteren Versprechungen in Erfüllung gehen. Zunächst fände die Behauptung Calot's in relativ kurzer Zeit, und sei es auch in einem Jahre, nach dem Redressement Heilungen der Spondylitis erzielt zu haben keine Analogie an andern gelenkigen Verbindungen. Nach dem Redressement einer perversen Stellung bei tuberkulöser Coxitis freue man sich höchstens über den orthopädischen Effekt, vielleicht auch, dass der nicht indifferente Eingriff gut vertragen wurde; nie hätte man indess direkt hiernach sich anschliessende Heilungen erwartet. Calot geht allerdings direkter auf das Ziel los, indem er mittelst Diastase Entlastung herstellt. Diese ist aber nur durch eine Lücke zwischen den Wirbeln herzustellen und das führt zur Hauptfrage: Was wird aus dem neu geschaffenen Raume? — Calot behauptet die Knochenregeneration gestützt auf einige verschwommene Rönthgenbilder seiner redressirten Patienten und einige, fremden Museen entlehnte Präparate ohne Krankengeschichte, Diagnose und Interpretation des pathologischen Befundes. Die eclatante Knochenregeneration an einem Präparate des Musée du Val de Grâce (Redard) sind wir nicht gewohnt bei den Sectionen unserer Spondylitiker zu sehen. Letzteres könnte sich vielleicht nur auf den Norden beziehen, das oceanische Klima Berc sur Mer's kann andere Resultate zeitigen. Hier sind die Untersuchungen Menard's an den Präparaten seines Hospitales in Berc sur Mer heranzuziehen, die gleichfalls vollkommene Abwesenheit von Stalactitenbildung aufweisen. Calot behauptet dagegen, jedesmal nach 3 Monaten, bei Wiederholung des Redressements im Eindruck zu stehen, die letzthin neugebildeten Knochenbälkchen zu brechen. — Nahmen wir früher an, dass das Aneinanderrücken relativ gesunder Knochenpartien den Reiz zur Callusbildung liefert, so erfahren wir jetzt durch Calot, dass gerade das Auseinanderrücken der exulcerirten Flächen Knochenneubildung produciren soll. Der neugebildete Raum könne sich nur mit Blut, wenn solches beim Eingriff producirt wurde, oder mit Eiter, wenn der tuberkulöse Herd von solchem umspült war, füllen. Blut ist aber ein Ackerboden für Tuberkulose, Eiter vermindert die Chancen einer Knochenregeneration. Sollen wir auf Grund alles dieses der neuen Calot'schen Aera den Rücken drehen? Referent stellt sich auf den Standpunkt des Praktikers und beantwortet die Frage mit einem entschiedenen «Nein». — Zunächst hätten wir durch dies Calot'sche Vorgehen gelernt, wie spielend leicht sich ein Theil, besonders die frischeren Gibben, mit sehr geringen Opfern wirklich redressiren lasse. Wir würden aber sicherlich das gewünschte Ziel nicht erreichen, wenn wir durch das Redressement einen Raum schaffen, der sich mit Eiter, käsigen Massen und Sequestern füllt. Aus diesen Gründen bildet für den Referenten der Congestionsabscess eine Contraindikation. Das Redressement eines älteren Gibbus sei mehr im Sinne einer Gestaltveränderung des Gibbus zu exekutiren. Nimmer dürften wir uns aber gegen das praktisch verwerthbare und gegen das orthopädisch erfolgreiche Vorgehen Calot's, besonders nach seinem sanfteren und modificirten Verfahren, verschliessen. So hat auch Herr A. bisher 12 Fälle spondylitischer Gibben nach Calot redressirt. Wer die relativ sanfte Manipulation ausgeführt, überzeugt sich, dass die Opfer gering und der orthopädische Effect so gross ist, dass es zu verführerisch erscheint, das Vorgehen zu unternehmen und zu wiederholen. Wir rufen damit ein geringes Auseinanderrücken der Theile hervor, welches für eine wirkliche Entlastung genügt, und sprengen wohl die relativ gesunden Knochenpartien dabei nicht auseinander. In diesem Sinne hätten wir auch bei unseren früheren Behandlungen ab und an überraschende orthopädische Effecte erzielt. Durch die damit verbundene Beseitigung der muskulären Contractur fügen wir das wesentlichste Moment unserem früheren Verfahren der Horizontallagerung und Immobilisation hinzu. Aber wir können noch nicht auf Endresultate zurückblicken und wir sagen nicht zu viel, wenn wir behaupten, dass auch Calot noch keine aufzuweisen hat. Die eben aus der Behandlung Entlassenen, und ihrer sind sichtlich nicht viele, stellen doch nur Primäreffecte dar. Ihr weiteres Schicksal ist abzuwarten. In den politischen Blättern lesen wir aber als wahrhafte Ironie dieser complicirten Frage von der Heilung eines Buckels in 45 Minuten: — Referent berichtet weiter über die 12 von ihm reponirten Fälle, im Alter von 1 Jahr 9 Monaten bis 7 Jahr. Der Gibbus bestand 4 Monate bis 2 Jahr. — Einer der nach der ursprünglichen Fassung mit grosser Gewalteinwirkung redressirten Fälle war nach 3 Wochen völligen Wohlbefindens intercurrent, sichtlich unabhängig vom Redressement gestorben. Die Section erklärte nicht genügend die Todesursache, liess aber das Präparat der Wirbelsäule gewinnen, welches Referent demonstrirt. — Das Präparat zeigte eine durch des Redressement hervorgerufene Lücke von etwa 2 cm. welche mit Eiter, käsigen Massen und Sequestern erfüllt war. – War auch der Fall intercurrent gestorben, so erscheint das Präparat doch wesentlich instructiv für die Frage der Congestionsabscesse, welche in der ursprünglichen Fassung Calot's durchaus nicht das Redressement contraindicirten. Die übrigen Fälle, besonders die in letzterer Zeit mit geringer Gewalteinwirkung redressirten zeigen zur Zeit ein vortreffliches Wohlbefinden in dem immobilisirenden Calot'schen Verbande.

(Autoreferat).

Discussion.

Herr Moritz: Sind keine Lähmungen als Folge der Streckungen der Wirbelsäule beobachtet worden?

Herr Anders: Nein.

Herr Schmitz erkundigt sich, ob an dem von Dr. Anders vorgewiesenen Präparat Anfänge von Osteophytenbildung nachzuweisen sind.

Aerr Anders: Nein; wie überhaupt die Osteophytenbildung an tuberculös afficirten Wirbeln sehr gering ausfällt.

Herr Heuking: Der Vortrag des Herrn Anders bietet viel des Interessanten wegen der eingehenden Kritik des ganzen Verfahrens. Es ist durchaus an der Zeit, den allzu sanguinischen Erwartungen, welche vielfach an das Verfahren geknüpft werden, einen kräftigen Damm entgegenzusetzen. Die Periode des unterschiedslosen Vorgehens in jedem beliebigen Falle von Spondylitis scheint glücklicher Weise sich ihrem Ende zu nähern und sehr erfreulich ist es von Herrn Anders zu erfahren, dass Calot selbst eine mehr kritische Auswahl unter seinen Operationsobjecten vornimmt. Gerade dieser Mangel an kritischer Auswahl war es, der der ganzen Methode von vornherein einen fatalen Stempel aufdrückte.

Im Uebrigen hält Redner das ganze Verfahren noch für so neu und unfertig, dass von Erfolgen oder Misserfolgen noch garnicht gesprochen werden darf; dazu ist es einstweilen viel zu früh, es fehlt noch an einem zu der Beurtheilung dieser Fragen geeigneten Material, und alle Betrachtungen, welche man jetzt vornimmt, haben vor der Hand blos einen rein theoretischen abstracten Werth. Es bleibt nichts weiter übrig als abzuwarten was aus den bisher operirten Kranken mit der Zeit werden wird. — Auch die Frage nach der Knochenneubildungsfähigkeit des Periostes der durch die Operation fracturirten Wirbel lässt sich nach des Redners Ansicht einstweilen gar nicht entscheiden; dass die Osteophytenbildung bei tuberculösen Knochenprocessen für gewöhnlich höchst unbedeutend ausfällt, steht allerdings fest; Calot hofft jedoch, dass gerade der traumatische Reiz die ossificatorische Thätigkeit des Periostes anregen wird. Sehr plausibel erscheint dem Redner dieses aus der allgemeinen Fracturenlehre entlehnte Argument zwar nicht — doch auch in dieser Beziehung haben aprioristische Betrachtungen weder nach der einen noch nach der anderen Seite hin grossen Werth.

Aus seinen eigenen operirten Fällen hat Redner die Ueberzeugung gewonnen, dass die Operation und das auf sie folgende monatelange Liegenbleiben im schweren Gypsverbande ausserordentlich gut vertragen werden; damit ist nicht wenig erreicht, und hieraus ergiebt sich auch die Berechtigung zur Vornahme weiterer vorsichtiger Versuche.

Wo die Grenze der Leistungsfähigkeit des Verfahrens zu setzen sein wird, lässt sich einstweilen auch garnicht bestimmen.

Auch darin stimmt Redner mit Anders überein, dass nicht nur frische Fälle zum Calot'schen Redressement sich eignen. An einem ankylosirten Gibbus selbst wird das Verfahren freilich nichts ändern können; wenn aber doch eine theilweise Ausgleichung der Haltungsanomalie, eine Verringerung der ganzen Kyphose durch das Verfahren bewirkt werden könnte, so wäre den Kranken damit viel gedient, denn die Träger einer Kyphose leiden ab und zu entsetzlich durch die Verunstaltung ihrer Figur. Die bisherigen Erfahrungen lehren, dass auch in solchen Fällen mit der Calot'schen Operation keine Gefahren verbunden sind. Daher glaubt Redner, dass auch nach dieser Richtung hin behutsame Versuche an passend ausgewählten Fällen gestattet sein müssen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1267. Sitzung am 5. Mai 1897.

1. Herr von Petersen demonstrirt dem Verein einen Fall von Favus, welcher sich über den ganzen Körper verbreitet hat.

2. Herr Wanach hält einen zum Druck bestimmten Vortrag: «Ueber einen Heilungsfall von perforirtem Ulcus duodeni durch Laparotomie 15 Stunden nach stattgefundener Perforation.

Discussion.

Herr Kernig. Bezüglich der Prognose der Laparotomie wegen Perforation im Bereiche des Digestionstractus scheint es von massgebender Bedeutung zu sein, dass der Operirte vor der Perforation relativ gesund sein müsse. Nur so lasse sich die ungünstige Prognose der Laparotomie wegen Perforation typhöser Geschwüre erklären. 19 im weiblichen Obuchowhospital deswegen operirte Fälle gaben eine Mortalität von 100%, trotzdem die Operation sehr zeitig nach stattgehabter Perforation ausgeführt wurde und das Aufsuchen der Perforationsstelle keine Schwierigkeit und keinen Zeitverlust bedingte. — Diesen letalen Zahlen stehen wiederum sehr günstige Resultate gegenüber, wo die Operation wegen in die Bauchhöhle hinein perforirter Appendicitis oder im Anschluss an ähnliche primäre Genitalleiden bei Frauen vorgenommen wurde. Da speciell die Laparotomie wegen Perforation typhöser Geschwüre so ungünstige Werthe giebt, so erscheint es richtiger, in solchen Fällen lieber nicht operativ einzugreifen, sondern exspectativ zu verfahren, da, wie auch schon Traube vor 30 Jahren hervorgehoben hat, hierbei unter Umständen Spontanheilung erfolgen kann.

Die gleichen ungünstigen Erfahrungen der Laparotomie wegen Perforation im Verlaufe des Typhus abdominalis hat auch Herr Metzler im Peter-Pauls-Hospital gemacht und schliesst sich völlig den Ausführungen des Herrn Kernig an.

Demgegenüber weist Herr Wanach auf einige Zahlen hin, welche auf die Laparotomie nach Perforation typhöser Geschwüre Bezug nehmen. Danach sind von 65 operirten Fällen dauernd geheilt 12 Fälle, was in Anbetracht der relativen Aussichtslosigkeit der exspectativen Therapie als kein schlechtes Resultat zu bezeichnen ist, wenn man ausserdem berücksichtigt, seit wie kurzer Zeit auf die genannte Indication hin operirt wird. — Was die im Peter-Paul-Hospital von den Herrn Wanach, Dombrowski und Kadjan wegen Perforation von Typhusgeschwüren operirten 5 Fälle anbetrifft, bei denen meist eine Resection eines Darmstückes vorgenommen wurde, so erfolgte der Tod in 2 Fällen am 7. und 8. Tage, in Folge complicirender Pneumonien. Bei der Operation müsse darauf geachtet werden, dass eine längere Chloroformirung vermieden werde. Was das Auffinden der Perforationsstelle anbetrifft, so sei dasselbe nicht schwer, wenn man sich hierbei von der Intensität der peritonitischen Beläge leiten lässt und denselben nachgeht, wo sie dicker und mächtiger werden, was stets der grösseren Nähe der Perforationsstelle entspricht.

Herr Tiling warnt in Uebereinstimmung mit Herrn Wanach vor zu reichlichem Chloroformverbrauch bei Laparotomien, wo, sei es in Folge von Peritonitis oder wegen eines Typhus das Herz schon geschädigt ist, und operirt am liebsten ganz ohne Narkose. Besser als Chloroform wäre schon Aether. Jedoch sind auch bezüglich dieses die anfangs hochgespannten Erwartungen, namentlich nach der Statistik Gurlts stark herabgestimmt worden.

Herr Dombrowski betont gleichfalls, dass die Auffindung der Perforationsstelle im Darm, wenn man sich beim Suchen derselben von der Intensität der peritonitischen Beläge leiten lässt, keinerlei Schwierigkeit bereitet.

Herr Wanach glaubt, dass man bei der Laparotomie wegen Typhusperforation wohl kaum wird der Narkose entrathen können, da es sich wohl stets um Patienten mit stark geschädigtem Nervensystem und daher um stark ungeberdige Kranke handeln dürfte.

Herr Kernig betont, dass bei allen erwähnten, im Obuchow-Hospital mit ungünstigem Resultate auf die in Rede stehende Indication hin operirten Fällen Chloroform nur in ganz geringer Menge zur Anwendung gekommen ist.

3. Herr Wiedemann hält einen Vortrag über Eclampsia gravidarum.

Derselbe soll im Druck veröffentlicht werden.

Discussion.

Herr Metzler hat im Peter-Paul-Hospital sehr viel Eclampsiefälle beobachtet und empfiehlt therapeutisch den seit lange verlassenen, nunmehr wieder in Ehren aufgenommenen Aderlass. Derselbe befreit augenscheinlich den Körper von Toxinen und befördert die Blutregeneration.

Herr Kernig hält die sog. Schwangerschaftsniere für einen leichten Grad einer Nephritis, welche bei entsprechender Therapie: Diaphorese, Bädern etc. rasch schwindet. Die Nephritis giebt, falls sie sich nicht mit Eclampsie vergesellschaftet niemals eine Indication zur Einleitung einer Frühgeburt ab. Des Weiteren muss betont werden, dass eine chronische Nephritis gelegentlich zeitweise auch ohne Albuminurie verlaufen kann. In Folge dessen ist es auch denkbar, dass auch eclamptische Zustände ohne Eiweissharn beobachtet werden können, aus denen nicht gefolgert werden darf, dass Eclampsie ohne Nephritis vorkommen könne.

Herr Masing hält Werthe von 3% Albumin im Harn für sicher fehlerhaft, die höchsten Ziffern, welche seines Wissens nach hierbei beobachtet worden sind, überträfen nicht 1%.

Herr Wiedemann giebt an, dass seine Eiweissbestimmungen nach entsprechender Wasserverdünnung mit Esbachs Albuminimeter angestellt worden sind.

In Uebereinstimmung mit Herrn Kernig hält auch er die Frühgeburt bei der Graviditätsnephritis nur dann für indicirt, wenn Eclampsie droht.

Herr Kernig und Herr Masing glauben, dass Esbachs quantitative Eiweissbestimmungsmethode nur bei unverdünntem Urin verlässliche Werthe gebe, jegliche Verdünnung das Resultat ungünstig beeinflussen müsse.

Präses: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. H. Westphalen.

Nachtrag bei der Protokollverlesung am 22. September 1897.

Herr Wiedemann. Albumenwerthe im Harn über 0,7% finden sich des öfteren in der Literatur, so bei v. Jaksch (Klin. Diagnostik 3. Aufl. 1892 p. 313), bei Guttmann (Klin. Untersuchungsmethoden 7 Aufl. 1889 p. 433), bei Eichhorst (Spec. Pathologie und Therapie 4. Aufl. 1890 II. Bd. p. 497). Alle genannten Autoren halten die Eiweissbestimmung nach Esbach dort, wo es sich um klinische Untersuchungen handelt, für hinreichend genau. Es erscheint mithin die im Vortrage erwähnte Ziffer von 3% Albumengehalt des Harns durchaus nicht so unwahrscheinlich, um so mehr noch, als sich auch bei Eichhorst die Notiz findet, das bei Nephritis 3% Albumen im Harn beobachtet werden kann.

Herr Kernig hat gleichfalls in Bezug auf den Eiweissgehalt des Urins Umschau in der Literatur gehalten. Darnach spricht sich von Jaksch (l. c. 4. Aufl. p. 356) recht reservirt über den Werth der Methode Esbachs aus, namentlich, wo es sich um die Bestimmung höherer Werthe handelt, und stellt bei Besprechung der Eiweissbestimmungsmethode nach Brandenburg eine Tabelle auf, welche nur bis 1,5% Albumen heranreicht. Günstiger lautet das Urtheil über Esbachs Apparat bei Guttmann (l. c. 8. Aufl. 1892), ebenso auch bei Eichhorst (l. c. 5. Aufl. Bd. II. p. 560). Letzterer erwähnt, dass der Eiweissverlust bis 30,0 grammes pro die betragen kann, ferner, dass der Eiweissgehalt des Urins bei der chronischen Nephritis bis 5% betragen kann. Bartels (Ziemssens Handbuch IX 1895) fusst auf gewichtsanalytischen Eiweissbestimmungen und giebt für die acute Nephritis als höchste von ihm beobachtete Ziffer, 1,525% an und erwähnt, dass bei der chronischen Nephritis dieselbe bis zu 5% und darüber steigen kann. — Letztere Zahlen werden jedoch von Senator (Nothnagel, Specielle Pathologie und Therapie Bd. XIX) als unglaublich hoch bezeichnet. Dieser Forscher hält Esbachs Apparat für sehr bequem, jedoch keineswegs für genau. Des weiteren findet Senator, dass der Eiweissgehalt des Urins bei Stauungsniere 0,1% nicht übersteigt, bei der acuten Nephritis zwischen einigen $^1/_{10}$ bis zu 1% variiren kann. Die höchste von ihm bei der chronischen Nephritis beobachtete Zahl betrug 2,8%. Ungefähr die gleichen Angaben finden sich bei Leube (Diagnostik der inneren Krankheiten I. p. 307), desgl. auch bei Rosenstein (4. Aufl. 1894 p. 140), welcher übrigens bei Amyloid der Niere einen Albumengehalt des Urins bis zu 2% beobacht hat. Sahli hält den Albuminimeter Esbachs für praktisch brauchbar, bei der Bestimmung höherer Werthe für unsicher. — Auch Vierordt spricht sich in ähnlichem Sinne aus und führt die Tabellen Rosslers an, in welchen die gewichtsanalytisch gefundenen Werthe des Eiweissurins mit denjenigen nach Esbach bestimmten mit einander verglichen werden; letztere zeigen meist etwas niedrigere Zahlen. Herr Kernig hat nun selbst einige Kontrollbestimmungen an Esbachs Albuminimeter ausgeführt. Zunächst fand er, dass ein und derselbe Urin, in verschiedenen Gläsern aufgestellt, verschiedene Werthe gab, die bis 0,1% mit einander differirten. Ferner ergab es sich beim Vergleiche der an unverdünntem und verdünntem Urin ausgeführten Proben, dass im Allgemeinen mit zunehmender Verdünnung der quantitative Ausschlag immer grösser und grösser werde. Daraus folgt, dass der Apparat Esbachs für die Bestimmung unverdünnter Harne brauchbare Werthe giebt, jedoch bei einem höheren Gehalte des Urins an Eiweiss, welcher stärkere Verdünnungen erfordert, fehlerhafte Resultate einschliesst.

Vermischtes.

— Das Allerhöchste Wohlwollen eröffnet für ausgezeichnet eifrigen Dienst: dem Militär-Medicinalinspector des Warschauer Militärbezirks, Geheimrath Dr. Lasarenko.

— Ordensverleihungen: Der Weisse-Adler-orden — dem Gehülfen des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Dr. Beljajew und dem berathenden Mitgliede des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath, Dr. Wiltschkowski. Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Leibchirurgen des Allerhöchsten-Hofes, wirkl. Staatsrath Dr. Pawlow. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Gehülfen des Militär-Medicinal-inspectors des Amurgebietes, wirkl. Staatsrath Dr. Minkewitsch und dem Mitglied der Gesellschaft zur Förderung der physischen Entwickelung der Kinder, wirkl. Staatsrath Dr. Wirenius. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Vicedirector des Medicinaldepartements, Staatsrath Dr. Malinowski und den ordentlichen Professoren der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsräthen Subbotin und Borodin.

— Befördert: Zum Geheimrath — die Corpsärzte des 5. Armeecorps, Dr. Popow, und des 17. Armeecorps, Dr. Sarshezki. — Zu wirklichen Staatsräthen — die ordentlichen Professoren der mil.-med. Academie Dr. Weljaminow, Ehrenleibchirurg des Allerhöchsten Hofes, und Dr. Ssimanowski.

— Verstorben: 1) Am 8. December in Kolomna der dortige Fabriksarzt Dr. Nikolai Ewald. Der Hingeschiedene ist 36 Jahre als Arzt thätig gewesen. 2) In St. Petersburg der frühere Bezirksarzt des St. Petersburger Findelhauses, Staatsrath Heinrich Jacobson. Der Verstorbene hat seit 1863 die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) Auf seinem Gute im Charkowschen Gouvernement der frühere Militärarzt W. P. Rosslawski in 71. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der Charkower Universität i. J. 1852 diente R. als Arzt am Militärhospital in Pleskau, nahm aber zu Ende der 60-er Jahre seinen Abschied und fungirte dann fast 25 Jahre als Friedensrichter, in welcher Stellung er grosse Achtung bei der Bevölkerung seines Bezirks genoss. 4) In Orel der jüngere Arzt des Swenigorodschen Inf.-Regiments Michael Plotnikow im Alter von 41 Jahren am Scharlach, complicirt mit Diphtherie. Der Verstorbene hat seine Frau mit drei unmündigen Kindern ganz mittellos hinterlassen. Die Beerdigungskosten wurden von dem Officierscorps bestritten.

— I. K. Hoheit die Grossfürstin Jelissaweta Feodorowna hat als Protectorin der Elisabeth-Wohlthätigkeits-Gesellschaft an Stelle des verstorbenen Dr. N Müller den Oberarzt des Moskauer Sophien-Kinderhospitals Dr. N. Jablokow zum Dirigirenden des Medicinalwesens der Anstalten der genannten Gesellschaft in Moskau ernannt.

— Die hiesige Gesellschaft der Kinderärzte hat in ihrer vor Kurzem stattgehabten Jahresversammlung Dr. Rauchfuss zum Präsidenten, Dr. Russow zum Vicepräsidenten und die DDr. Anders, Heuking, Lewin und Ostrogorski zu Gliedern der Revisionscommission gewählt. Die bisherigen Secretäre Privatdocent Dr. D. A. Ssokolow und Dr N. A. Protassow wurden wiedergewählt. (Wr.)

— Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der internen Medicin an der Moskauer Universität, Dr. W. D. Scherwinski ist als ordentlicher Professor bestätigt worden.

— An Stelle des nach Königsberg berufenen Professors Dr. Winter ist der erste Assistent Dr. Koblansk zum Oberarzt des von Prof. Olshausen geleiteten klinischen Instituts für Frauenkrankheiten und Geburtshülfe in Berlin ernannt worden.

— I. H. die Prinzessin Helene Georgiewna von Sachsen-Altenburg hat 5000 Rbl. zum Besten der unter dem Protectorat I. K. H. der Prinzessin Eugenie Maximilianowna von Oldenburg stehenden Gesellschaft zur Bekämpfung von Infectionskrankeiten, und zwar speciell behufs Verwendung bei Diphtheriekranken gespendet.

— Das hiesige Institut für Experimental-Medicin hielt am 8. December unter dem Vorsitz Sr. H. des Prinzen Alexander von Oldenburg ihre Jahressitzung ab, in welcher Dr. A. Wladimirow einen Vortrag über «Prophylaxe und Behandlung der Bubonenpest» hielt. Aus dem von dem Director des Instituts Prof. Lukjanow erstatteten Jahresbericht geht hervor, dass im verflossenen Jahre 120 Personen in Institut sich praktisch beschäftigten und die Zahl der aus dem Institut hervorgegangenen wissenschaftlichen Arbeiten 65 betrug. Es wurden allein 25,000 Gläschen Antidiphtherieserum und weit über 1000 Gläschen verschiedener anderer Serumarten aus dem Institut abgelassen. Die Schutzimpfungen gegen die Tollwuth wurden an 368 Personen vorgenommen, von denen nur 0,7 pCt. starben.

Die Geldmittel des Instituts beliefen sich auf ungefähr 280,000 Rbl.

— Der Abschluss des 150. Bandes von Virchow's Archiv, mit welchem gleichzeitig dessen 50-jähriges Bestehen und das 50-jährige Docentenjubeläum des Herausgebers zusammenfällt, wird am 29. December n. St, festlich begangen werden. Es hat sich unter Prof. v. Bergmanns Vorsitz ein Comité gebildet, welches die Mitglieder der Berliner medicinischen Gesellschaften, sowie sämmtliche deutsche medicinische Facultäten und alle medicin.-wissenschaftlichen Vereine Deutschlands zur Theilnahme an einem zu Ehren Prof. Virchow's stattfindenden Festmahl aufgefordert hat.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Am 16. December d. J. begehen nachstehende St. Petersburger Aerzte das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit: W. J. Afanassjew, L. Bertenson, N. Borchsenius, A. Gelbcke, P. Halperin, A. Kadjan, W. Kolessinski, E. Landsberg, W. T. Pokrowski und K. Schurno.

— Die Zahl der Ehrenmitglieder der militär-medicinischen Academie beträgt gegenwärtig 19, von denen 8 ausländische Professoren sind. Unter den 8 correspondirenden Mitgliedern der Academie ist nur ein Russe.

— Wie ein Krakauer medicinisches Blatt zu berichten weiss, sind in Frankreich gegenwärtig ca. 200 polnische Aerzte, von denen gegen 80 in Paris und dessen Vororten prakticiren. (Wr.)

— Vacanzen für Aerzte: Wie der stellvertredende Gouverneur des Gouvernements Jenisseisk mittheilt, werden mit dem Beginn des Jahres 1898 im genannten Gouvernement in Folge der Reform des dortigen Medicinalwesens 14 Dorfärzte angestellt werden. Gehalt 1500 Rbl. jährlich; Amt von der 8. Classe; Ausrüstungs- und Progongelder nach erfolgter Anstellung; Dienstprivilegien für Sibirien nach dem Gesetz von 1886. Die Gesuche sind unter Beifügung der Documente oder beglaubigter Copien an den stellvertretenden Gouverneur von Jenisseisk unverzüglich einzusenden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Nov. d. J. 8347 (21 mehr als in d. Vorw.), darunter 615 Typhus — (5 mehr), 942 Syphilis — (1 mehr), 214 Scharlach — (6 mehr), 290 Diphtherie — (13 wen.), 52 Masern — (11 wen.), und 29 Pockenkranke — (4 mehr als in der Verw.).

Am 6. Dec. d. J. betrug die Zahl der Kranken 8246 (101 wen. als in der Vorwoche), darunter 604 Typhus — (11 wen.), 925 Syphilis — (17 wen.), 212 Scharlach — (2 wen.), 260 Diphtherie — (30 wen.), 58 Masern (6 mehr) und 28 Pockenkrank (1 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 23. November bis 29. 1897

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
328	223	551	110	34	83	13	10	27	57	55	46	39	41	23	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 9, Scharlach 17, Diphtherie 35, Croup 4, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 48, Todtgeborene 36.

Für die Woche vom 30. Nov. bis 6. Dec. 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	281	612	126	37	89	23	17	23	55	58	48	48	44	35	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 7, Scharlach 20, Diphtherie 36, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 1, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 86, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 29.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. December 1897.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. December 1897.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.
Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—8. Anstaltsleiter Dr. Th. Heller.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ
АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.
С.-Петербургъ, Гороховая 33.

Поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

Перевязочныя средства, **бандажи**, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, **термометры** максимальные, **комнатные** и оконные. **Барометры**, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенснэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:
МОЛОЧНОЙ МУКИ И СГУЩЕННАГО МОЛОКА
Г. НЕСТЛЕ въ ВЕВЕ.
ПИТАТЕЛЬНЫЯ ВЕЩЕСТВА „**MALTOS CANNABIS**"
Фабрики „КРАСНЫЙ КРЕСТЪ" въ Стокгольмѣ.
Карамель изъ травъ „КЕТТИ ВОССЪ". В. Семадени.
Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается безплатно.

Man abonnire
auf den
St. Petersburger
„HEROLD"
und überzeuge sich
dass der
„St. Petersburger Herold"
das grösste, reichhaltigste und gelesenste
in deutscher Sprache erscheinende
Blatt Russland's ist.

Der «ST. PETERSBURGER HEROLD» wird wie in den 23 Jahren seines Bestehens stets bemüht bleiben seinen Lesern einen an Gediegenheit und Mannigfaltigkeit reichen Lesestoff zu bieten.
Die stetig wachsende Verbreitung des «ST. PETERSBURGER HEROLD» spricht für den Vorzug seines Inhalts, daher finden auch

INSERATE

im «St. Petersburger Herold» die
wirksamste Verbreitung.

Probenummern gratis und franco.

Abonnementspreis;

	In St. Petersburg:	Im Innern des Reiches:	Für's Ausland:
1/1 Jahr	Rbl. 13.—	Rbl. 14.—	Rbl. 20.—
1/2 »	» 7.50	» 8.—	» 11.—
1/4 »	» 4.—	» 4.50	» 6.—

Bestellungen richte man:
ВЪ ГЛАВНУЮ КОНТОРУ
„С.-Петербургскаго Герольда"
С.-Петербургъ, Вознесенскій просп. № 3.

SCHERING'S
Formalin Desinfections- und Desodorir-Lampen
„HYGIEA" für hausliche Desinfection und
„AESCULAP" für Hospitaler u. Krankenhäuser
nebst den dazu gehörigen FORMALIN-PASTILLEN zu billigen Preisen vorräthig, in
der RUSSISCHEN PHARMACEUT. HANDELSGESELLSCHAFT
St. Petersburg, Kasanskaja, № 12.

Verlag von August Hirschwald in Berlin
Jan. 1898 beginnt der 36. Jahrgang des
Centralblatt
für die
medicinischen Wissenschaften.
Unter Mitwirkung von
Prof. Dr. **Senator**, Prof. Dr. **J. Munk**, Prof, Dr. **E. Salkowski**,
redigirt von Prof. Dr. **M. Bernhardt.**
Wöchentl. 1—2 Bogen. gr. 8. Preis des Jahrganges 28 M.
Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.
1898 erscheint der 14. Jahrgang.
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.
Unter ständiger Mitarbeiterschaft hervorragender Fachgelehrten herausgeg. von Prof. Sir Felix Semon.
Monatl. 3 Bogen. Preis d. Jahrg. 15 M.

LA BOURBOULE
MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

PASTILLES VICHY-ETAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer l'Eau minérale artificielle de Vichy gazeuse.

Дозв. ценз. Спб. 13 Декабря 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, (1. Januar) 20. December 1897

„Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis".

Von

Dr. med. Christian Ströhmberg (Dorpat-Jurjew).

Vortrag, gehalten auf dem IX. Livländischen Aerztetage zu Pernau am 5. Juni 1897.

Es unterliegt keinem Zweifel, der Hauptherd der venerischen Krankheiten war seit jeher die Prostitution. Mit geringen Ausnahmen lässt sich jede Infection direct oder indirect auf Prostituirte zurückführen. Trotz dieser Thatsache ist die Stellung der einzelnen Staaten je nach verschiedenen Ansichten und Einflüssen der Prostitution gegenüber doch eine sehr verschiedenartige. 1) Man verbot die Prostitution. 2) Man ignorirte dieselbe 3) Man controllirte sie ärztlich. Das letztere System nennt man ungerechterweise das der Privilegirung oder der Localisirung der Prostitution. Ihrem Wesen nach ist aber das letztere System das der vernünftigen Toleranz, während man die beiden ersten Systeme als unzweckmässige Toleranz bezeichnen muss. Man mag die Prostitution verbieten oder ignoriren, die Thatsache muss trotzdem anerkannt werden, dass dieselbe vorhanden ist. Sie besteht eben in diesen Fällen, jedoch ohne dass der Staat irgendwie bestrebt ist die schädlichen sanitären Wirkungen derselben einzuschränken.

Da auf dem Januarcongress dieses Jahres in St. Petersburg die Anschauungen gegen die Controlle der Prostitution recht zahlreich, theils offen, theils verhüllt hervortraten und da die Bewegung gegen die Controlle gegenwärtig in der ganzen civilisirten Welt eine recht heftige ist, so möchte ich meinen vorigjährigen Bemerkungen über dieses Thema einige aus der Praxis geschöpfte Gesichtspunkte hinzufügen, um namentlich die Einwände zu widerlegen, welche immer und immer wider die Controlle geltend gemacht werden. Vorausschicken muss ich, dass der Apparat der Controlle ein sehr complicirter ist, welcher zu einem Erfolge ein beständiges sicheres und thatkräftiges Ineinandergreifen sämmtlicher Theile des Apparates erfordert und dass bei fehlerhafter Handhabung eines Theiles des Apparates die Thätigkeit des ganzen leicht in Misscredit kommt. Dieser Umstand sowohl als auch die Thatsache, dass man bisher bei der Controlle dem Charakter der zu controllirenden Krankheiten zu wenig Rechnung trug gaben den Gegnern der Controlle manche Waffe in die Hand.

Im Uebrigen sind die Ansichten derjenigen, welche die Prostitution verbieten oder sie ignoriren unschwer zu widerlegen. Es ist hierbei zu betonen, dass die sanitätsärztliche Controlle der Prostitution und die Bestäti-

gung der allerdings sehr widerlichen Bordelle streng auseinanderzuhalten sind.

Die Einwände der Gegner der ärztlichen Controlle, welche in einem Athemzuge sowohl die polizeiliche Vergewaltigung der rechtlosen Prostituirten beklagen, als auch die Obrigkeit anschuldigen, sie ermuntere die Prostitution, da sie dieselbe als ein Gewerbe betrachte und dadurch im Volksbewusstsein die Ansicht stütze, die Unzucht wäre ohne Schuld und Folgen, bestehen im Wesentlichen in Folgendem:

Vor Allem glauben sie, die Controlle trage nur dazu bei die Prostitution und die venerischen Krankheiten weiter zu verbreiten. Man mache keinen Unterschied zwischen denjenigen Personen, welche arbeiten und sich nur gelegentlich prostituiren und denjenigen Frauenzimmern, welche faullenzen und ausschliesslich von der Prostitution leben. Weiter, man vernachlässige die Besichtigung der Männer und stempele den Besuch der Prostituirten zu einem Rechte der Männer. Ja auch die Vornahme der Besichtigung selbst bilde durch unreine Hände und Instrumente eine Quelle der Infection. Endlich sind sie der Ansicht, dass alle Uebel. die mit der Prostitution zusammenhängen nur durch sociale Reformen, welche die Prostitution gänzlich aus der Welt schaffen würden, zu beseitigen wären. — M. E. kann aber nur derjenige von irgend welchen Reformen einen derartigen Erfolg erwarten, welcher weder die Welt und die Culturgeschichte noch die Völkerkunde und die Anthropologie kennt. Vielmehr lehren die Thatsachen, dass die Prostitution zu allen Zeiten bestand und dass ein Verschwinden derselben nicht zu erwarten ist. Weder abschreckende Zwangsmassregeln, noch der Abolitionismus sind bei der Bekämpfung der Prostitution und ihrer Folgen am Platz. In dieser Frage ist nur das Interesse der öffentlichen Hygiene absolut massgebend. Giebt man die Thatsache zu, die schon im Beginne dieses Vortrages erwähnt wurde, dass die Prostitution den Hauptherd der venerischen Krankheiten bildet, so folgt logischer Weise die Forderung diesen gefährlichen Herd zu beschränken und zu assainiren. Entsprechend dem Character der venerischen Krankheiten kann aber dieses Desiderat einzig und allein durch eine sorgfältige Controlle, und durch eine Beobachtung und Behandlung jeder einzelnen Prostituirten, die sich über Jahre erstrecken muss, erreicht werden. Eine derartige Controlle kann nie und nimmer zur Weiterverbreitung der Prostitution beitragen[1]).

Setzen wir unter einer Bevölkerung nur die elementarsten Kenntnisse über den Character der venerischen Krankheiten voraus, so würden z. B. schon die Photographien in den Büchlein der Prostituirten mit einer Aufschrift der Jahreszahl der Tripper und Syphilisinfection als Warnungstafel dienen, und manchen von der Prostitution abschrecken und ihm dazu verhelfen seine Keuschheit bis zur Ehe zu bewahren. In Betreff der humanen ärztlichen und sanitären Behandlung, darf kein Unterschied zwischen sich gelegentlich prostituirenden Arbeiterinnen und professionellen Prostituirten gemacht werden. Diese Unterscheidung wäre durchaus ungerechtfertigt, da beide Gruppen die gleiche Gefahr für die Gesellschaft involviren.

Dass die Besichtigung sich nicht auf die Männer erstrecken kann, hängt davon ab, dass Männer sich nicht für Geld feilbieten. Wenigstens ist bei uns zu Lande eine derartige Verkommenheit nicht bekannt. Der Vorwurf, dass die Prostituirte durch die Controlle dem Verbrechen in die Arme getrieben werde ist ungerecht. Auf solche Ideen kann man nur kommen, wenn man Ursache und Wirkung verwechselt. Die Prostitution und das Verbrechen entspringen denselben fehlerhaften natürlichen und erblichen Anlagen. Man kann sogar beobachten, dass eine tactvolle Behandlung dieser Patienten seitens des Arztes den in ihnen vorhandenen Rest von Menschenwürde noch zum Bewusstsein bringt:

Die Behauptung, die Controlle der Prostitution trage zur Verbreitung der venerischen Krankheiten bei, beruht wohl zum grossen Theile auf einer einfachen Verwechselung indem man das der Controlle in die Schuhe schiebt, was die Prostitution verschuldet. Wenn man unter den Prostituirten, die der Controlle unterworfen sind, mehr Inficirte antrifft als unter denjenigen weiblichen Individuen, die sich ins Geheim prostituiren, so liegen die Gründe hierfür einmal darin, dass sehr viele erst durch eine acquirirte venerische Erkrankung unter die Aufsicht gestellt werden und zweitens weil die Prostituirten häufiger cohabitiren als die anderen.

Was die Art der bestehenden Controlle betrifft, so muss zugegeben werden, dass dieselbe dringend reorganisationsbedürftig ist und durchaus nicht dem Character der venerischen Krankheiten entspricht.

Wie wichtig eine streng individualisirende Controlle ist, d. h. eine Controlle, welche die Anamnese jeder einzelnen Prostituirten berücksichtigt, mögen folgende Daten aus Dorpat beweisen. — In Dorpat sind circa 200 Prostituirte inscribirt. Von diesen befinden sich 79 im condylomatösen Stadium der Syphilis. Alle Inscribirte sind nicht ständig am Orte anwesend. Die Zahl der Anwesenden beträgt durchschnittlich 160. Unter den im Mai dieses Jahres Anwesenden befanden sich 51 im condylomatösen Stadium. Man darf wohl annehmen, dass an anderen Orten die Verhältnisse ähnlich liegen und muss sich fragen, wie es unter so ungünstigen Verhältnissen möglich ist die Infectionsgefahr durch die Prostituirten, die sich frei umher bewegen, zu vermindern.

Trotz dieser ungünstigen Umstände scheint es mir doch, dass die Massregeln, welche ich auf dem letzten Livl. Aerztetage zu Wenden besprach und welche ich nun anderthalb Jahre c. ausübe, ein günstiges Resultat gezeitigt haben. Auf wiederholte Anfrage im Militärlazareth wurde mir der Bescheid, dass in der Garnison Dorpat während des laufenden Jahres kein einziger Soldat an der Syphilis erkrankt wäre. Im Stadtkrankenhause zu Dorpat hat sich die Zahl derjenigen. welche sich in Dorpat inficirten beträchtlich vermindert. Während unter den Prostituirten in der Zeit von dem 1. Januar bis zum 1. Juni 1896 23 Fälle einer frischen Lues-Infection vorkamen, so wurden während desselben Zeitraumes im Jahre 1897 nur 8 Infectionen gezählt.

Was die Gonnorhoe betrifft so liegt die Sache viel schwieriger. Die mikroskopischen Untersuchungen, die seit dem December des vorigen Jahres eingeführt wurden, ergaben in 50 Fällen Gonococcen. In 29 Fällen verschwanden die Gonococcen, um später wieder aufzutreten, oder wurden sie in den ersten Präparaten vermisst, so fand man sie in den späteren. Wenn die Gonorrhoe in den 29 Fällen von 50 latent verlief, so ist der Schluss nicht unberechtigt, dass diejenigen Prostituirten, deren Scheidensecret bisher frei von Gonococcen war mindestens in ebensoviel Fällen an einer latenten Gonnorhoe litten. Daher darf man — die vorhin angegebene Zahl von Prostituirten vorausgesetzt — im Ganzen mindestens 79 Gonorrhoische zählen. Trotz dieser ungünstigen Thatsachen und der Bemühungen die Gonorrhoe zu begrenzen, besitzen wir bisher kein sicheres Heilmittel gegen dieselbe und nach wie vor inficiren sich in Dorpat die Männer mit Gonorrhoe. Wäre der letzte Vorwurf gegen die Controlle, die Besichtigung selbst sei eine Quelle der Infection, eine Thatsache, so stände es

[1]) Man vergleiche die Massregeln, die von mir auf dem VIII. Livl. Aerztetage in Bezug auf die Controlle der Prostituirten vorgeschlagen wurden.

in Wahrheit sehr schlimm. Allerdings muss man zugeben, dass die mangelhafte Einrichtung vieler Besichtigungslocale diesen den Vorwurf nicht ersparen kann möglicherweise eine Infection zu verschulden. Daher muss man verlangen, dass solche Massregeln getroffen werden, die mit Sicherheit eine jede Infectionsmöglichkeit ausschliessen.

Ich suche dieses Ziel in Dorpat dadurch zu erreichen, dass alle Holzinstrumente (Spatel, Urethralpinsel etc. . . .) nach einmaligem Gebrauche vernichtet werden. Ferner trage ich dafür Sorge, dass eine genügende Zahl von Mutterspiegeln vorhanden ist, so dass es an einem Besichtigungstage möglich ist je einen Spiegel nur einmal zu gebrauchen. Nach dem Gebrauche wird jeder Spiegel in eine kochende Sodalösung gethan. Zum Reinigen der Hände dienen Compressen, die in reichlicher Menge vorhanden sind. Die eine Ecke der Compresse ist für den Gebrauch der Hände mit einer Mischung aus grüner Seife, Sublimat und Alkohol getränkt, während der übrige Theil mit Sodalösung durchfeuchtet ist und dazu dient die Seifenlösung wieder abzuspülen. Bei keiner Einzeluntersuchung kommt also irgend ein Gegenstand in Gebrauch, der in der Hast der Untersuchung an dem Besichtigungstage bereits einmal gebraucht war. Ja auch das Reinigen der Hände geschieht nicht mit einem und demselben Handtuche, um dasselbe nur ja nicht zum Vermitter der Infection zu machen. Das Handtuch wird erst gebraucht, nachdem bereits die Hände einer gründlichen Desinfection unterworfen wurden.

Die mikroskopische Diagnose der Gonorrhoe, die fortgesetzte genaue Beobachtung des gonorrhoischen und syphilitischen Individuums, strenge Durchführung der Antisepsis bei den Besichtigungen werden die Controlle wirksam machen.

Diese Massregeln sind um so leichter durchzuführen, je kleiner die Stadt und die Zahl der zu controllirenden Individuen. Gelänge es uns livländischen Aerzten darüber eine Verständigung zu erzielen, dass es nothwendig wäre, die von mir auf dem 8. Aerztetage vorgeschlagenen Grundsätze bei der Controlle der Prostituirten in allen unseren Städten durchzuführen, so würden wir uns die Arbeit bedeutend erleichtern und in kurzer Zeit den Beweis liefern, dass eine ernstlich durchgeführte Controlle, im Kampfe gegen die venerischen Krankheiten vieles erreichen kann.

Ein Fall von Camphervergiftung.

Von
Dr. med. August Berkholz.

Vortrag, gehalten im Verein praktischer Aerzte zu Riga

Ich möchte mir erlauben, Ihnen über einen Fall von Camphervergiftung zu berichten, den zu beobachten ich vor einigen Wochen Gelegenheit hatte. Die Berechtigung dazu giebt mir das relativ seltene Vorkommen einer derartigen Vergiftung.

Kobert führt in seiner Zusammenstellung von Intoxicationen aus der Weltliteratur für die Jahre 1880—1890 unter 2297 Vergiftungen überhaupt — 18 Publicationen über Camphervergiftung an; aus der Zeit vor 1880 sind nur weitere 3 Fälle bekannt geworden.

Am 19. Februar ½12 Uhr Nachts wurde ich zu einer Frau gerufen, di· ganz plötzlich an den heftigsten Kopfschmerzen und Krämpfen erkrankt sein sollte.

Schon beim Betreten des Zimmers fällt mir ein intensiver Camphergeruch auf. Auf dem Bette liegt eine junge Frau mit offenen Augen ohne Lidschlag, getrübter Cornea, stecknadelkopfgrossen Pupillen, scheinbar in tiefem Coma. Die Gesichtsfarbe ist fahl, der Puls sehr voll und kräftig ca. 120 Schläge in der Minute, die Athmung frequent.

Der Mann der Patientin stattete mir folgenden Bericht ab: Um 10 Uhr Abends sei er von der Arbeit nach Hause gekommen und habe seine Frau wohl und munter, auffallender Weise jedoch schon im Bette vorgefunden, während sie ihn sonst zu erwarten pflegte. Um 11 Uhr habe sie plötzlich über sehr starke Kopfschmerzen geklagt, worauf er ihr, wie schon öfters geschehen, eine für diesen Fall vorräthige Chininkapsel holen ging. Während er nun mit den Vorbereitungen zum Eingeben der Medicin beschäftigt gewesen, habe seine Frau plötzlich einen sehr heftigen Krampfanfall am ganzen Körper bekommen, um sich geschlagen und erbrochen, und jetzt liege sie wie eine Todte da. Seit dem Erbrechen rieche das Zimmer auffallend nach Campher, während er vorher absolut keinen Camphergeruch wahrgenommen habe.

Nach dieser Anamnese stand die Diagnose Camphervergiftung fest.

Ich begab mich nun eiligst nach Hause zur Beschaffung eines Magenspülapparates. Als ich nach ca. 10 Minuten zurückkehrte, fand ich ein vollkommen verändertes Bild vor. Pat. schlägt mit Händen und Füssen um sich, so dass sie vom Manne mit aller Gewalt im Bette zurückgehalten werden muss. Sie schreit mit heller Stimme, wobei sie besonders einzelne Worte und Silben beständig wiederholt. Die Schmerzempfindung scheint vollkommen erloschen, da sie fortwährend mit einem Fuss aus aller Kraft auf die Bettlehne schlägt.

Sensorium vollständig getrübt, Augen weit aufgerissen; ein Bild der ausgesprochensten Muskelunruhe und Erregung, jedoch ganz ohne Krämpfe.

Pat. macht den Eindruck einer Wahnsinnigen.

Vier kräftige Männerarme halten die Frau auf ihrem Bette fest, während ich nach Einführung der Mundsperre die Schlundsonde einführe und mit 2–3 Liter Wasser den Magen solange ausspüle, bis die Spülflüssigkeit nicht mehr nach Campher zu riechen scheint. Nach der Spülung hat sich im Krankheitsbild fast nichts geändert. Um ca. ¾1 Uhr gebe ich der Pat. 3,0 grm. Chloral und 3,0 grm. Bromkali ein. Nach einem misslungenen Versuch schluckt sie das Medikament herunter, nachdem man ihr das Athmen durch die Nase abgeschlossen hat.

Nun beginnt der Aufregungszustand sich allmählich zu legen und es treten kurze Pausen fast gänzlicher Muskelruhe ein, während welcher Pat. jedoch noch schreit und singt.

Auf Fragen giebt sie aber noch keine Antwort, auch scheint sie kein Verständniss für ihre Umgebung zu haben. Bald nach ½2 Uhr klagt Pat. über Kältegefühl, gleich danach singt sie wieder sinnlos und schlägt um sich.

In den Zeiten der Ruhe giebt sie jetzt mit verständigen Worten und überlauter Stimme auf Fragen Antwort. Ich kann die Anamnese nach ihren eigenen Angaben dahin vervollständigen, dass Pat. sich heute für 10 Kop. 30,0 Campher gekauft, ihn gerieben, in Wasser suspendirt und die Hälfte davon um 9 Uhr Abends getrunken habe. Danach sei sie zu Bette gegangen und habe bis zum Beginn der Kopfschmerzen — also erst 2 Stunden später — nichts Abnormes gespürt. Warum sie den Kampher genommen, darüber verweigert sie jegliche Auskunft.

Ihre Angaben werden jedoch nicht im Zusammenhang gemacht, so wie ich sie hier mittheile, sondern immer nur in einzelnen klaren Momenten ist ihr dieses möglich; dazwischen lacht sie, schreit und singt. Besonders fällt jetzt das häufige unmotivirte Lachen auf. Mit Thränen in den Augen und heftig schluchzend fragt Pat.: «Werde ich sterben müssen»?

Mit den letzten Worten überfällt sie dann eine unnatürliche Lustigkeit, sie lacht und singt wieder aus vollem Halse. Die Fröhlichkeit schwindet darauf wieder so schnell als sie gekommen und Pat. klagt mit weinerlicher Stimme über Kälte, Uebelkeit und Schmerzen im Magen. Dieser Zustand des plötzlichen Wechsels zwischen ausgelassenster Fröhlichkeit und tiefster Trauer dauert ca. ¾ Stunde. Dann gebe ich nochmals 2,0 Chloral + 2,0 Bromkali, worauf sich Pat. bedeutend beruhigt. Die Fröhlichkeitsausbrüche schwinden gänzlich und Pat. verfällt in anhaltende Trauer und Klagen über Unbehagen. Um 3 Uhr Morgens verlasse ich sie in gleichmässig ruhigem Zustande. Nach meinem Fortgehen erzählt Pat. ihrem Mann, dass sie den Campher geschluckt, um ohne Nachkommenschaft zu bleiben; einige Freundinnen hätten ihr zu diesem Mittel gerathen und dasselbe als ganz unschädlich hingestellt. Pat. ist seit ca. 1 Monat verheirathet und lebt in guten Verhältnissen. Ihr Mann ist Goldschmied. Trotz der 5,0 Chloral und 5,0 Bromkali hat Pat. die Nacht und den darauffolgenden Tag keinen Schlaf gehabt und ist den Tag über auch noch recht unruhig gewesen, obgleich ich sie 3-stündlich 1,0 Bromkali weiter brauchen liess; auch klagte sie über Kältegefühl und Schmerzen im Magen. Erst die zweite Nacht schläft sie einigermassen, hat jedoch viel unruhige Träume. Sie bedauert ihre Handlungsweise und beteuert, sie hätte nicht daran gedacht, dass es ihr aus Leben gehen könnte. Sie fürchtete seit einigen Tagen in Umständen zu sein, und habe den Campher genommen, um eine Nachkommenschaft zu verhüten.

Pat. litt noch 3 Tage an Uebelkeit, Magenschmerzen und Appetitmangel.

Der Urin ist immer klar gewesen und hat keine Spuren von Eiweiss und Camphergeruch gezeigt; ebenso haben die Faeces nicht nach Campher gerochen.

Obgleich meine Therapie in diesem Fall eine rein symptomatische gewesen ist, hat sie zum guten Ziel geführt. Jedoch ist mir erst später nach eingehenderem Studium der Literatur über Camphervergiftung, der Grund meines günstigen Erfolges klar geworden und möchte ich mir daher erlauben, hier noch einiges Genauere über die Therapie der Camphervergiftungen mitzutheilen.

Die ersten Vergiftungserscheinungen sind in vorliegendem Falle erst 2 Stunden nach Einnahme des Giftes aufgetreten. Man müsste daher annehmen, dass ein beträchtlicher Theil des Giftes mit der Magenperistaltik bereits in den Darmkanal abgewandert sein musste, und eine Magenspülung in Folge dessen nur noch den Rest der verschluckten Camphermenge zu Tage gefördert haben könnte. Darum erwog ich auch ernstlich die Nothwendigkeit, den Darm schnell zu entleeren, unterliess es aber, nach dem augenscheinlich guten Erfolg der Magenspülung allein. Die Erklärung dieser auffallenden Thatsache ergab sich mir aus dem chemischen Verhalten des Camphers im Organismus. Der Campher oxydirt sich im Organismus nämlich leicht zu Campherol, welches sich sehr bald durch einen weiteren Oxydationsprocess in Campherglycoronsäure verwandelt, welch letztere die giftigen Eigenschaften des Camphers nicht mehr besitzt.

Die Glycoronsäure ist ein Umwandlungsprodukt speciell des Dextrins, wohl aber auch anderer Kohlehydrate; und ist es anzunehmen, dass diese Verbindung des Kampherol mit der Glycoronsäure bereits im Darm vor sich geht. Es lässt sich der günstige Verlauf dieser schweren Vergiftung wohl auch dadurch leichter erklären, dass Pat. nach dem Genuss des Camphers eine an Kohlehydraten reiche Abendmahlzeit zu sich nahm.

Würde man aber je in die Lage kommen, bei einer Camphervergiftung ein Antidot verabfolgen zu wollen, so würde sich meiner Ansicht nach die Darreichung grösserer Mengen Zucker empfehlen lassen. Doch möchte ich bemerken, dass ich praktische Erfahrungen über die Wirkung dieses Antidot in der Literatur nirgends gefunden habe.

Die Maximaldosis für Campher wird in den neuesten Lehrbüchern der Toxicologie und Pharmacologie — ich beziehe mich hierbei auf Kobert, Husemann, Schmiedeberg, Lewin, Nothnagel und Rossbach — auf 0,7 Gr. angegeben. Die absolut tödtlich wirkende Dosis schwankt bei den verschiedenen Autoren zwischen 2,5—7,0 Gr. Doch werden auch 2 günstig verlaufene Fälle mitgetheilt, in denen bis 10,0 eingenommen wurden.

In unserem Fall hat Pat. mindestens 15 Gr. zu sich genommen.

Der Campher wird in allen Aggregatzuständen vom Organismus aufgenommen; sowohl C. in Substanz, als auch in spirituöser und öliger Lösung wird direct von den Schleimhäuten resorbirt, der reine Campher langsamer und soll schmerzhafte Arrodirungen der Schleimhäute verursachen.

Ausgeschieden wird der Campher in der geruchlosen Verbindung mit Glycoronsäure, im Schweiss, Harn und in den Faeces.

Nach anfänglichem Zweifel darüber, dass Pat. den Campher als Abortivum zu sich genommen, habe ich mich doch entschlossen ihren Worten Glauben zu schenken und den Gedanken an ein Suicidium aufzugeben; zumal auch Kobert angiebt, dass dem Campher im Volke eine die Leibesfrucht abtreibende Eigenschaft zugesprochen wird, welcher jedoch jeglicher wissenschaftliche und praktische Grund fehlt.

Der Campher zählt zu den krampferregenden Giften, wenn auch bei den spärlichen Fällen, die am Menschen zur Beobachtung gelangten, in erster Linie die Alteration der Psyche vorzuliegen scheint.

Der vorliegende Fall von Camphervergiftung entspricht mit seinen Wahnsinnserscheinungen und der motorischen Unruhe typisch dem Experiment an Warmblütern und den wenigen Beobachtungen am Menschen, nur dass hier die Krampferscheinungen noch mehr in den Hintergrund traten, als sonst berichtet wird.

Nachschrift:

Ich möchte nicht unterlassen hervorzuheben, dass Patientin zu einer psychopathisch belasteten Familie gehört, indem ihre Mutter und eine ihrer Schwestern zeitweilig in der Irrenanstalt Rothenberg zu Riga behandelt wurden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Arthur Hartmann: Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Sechste, verbesserte und vermehrte Auflage. Fischer's medicinische Buchhandlung. Berlin 1897.

Vorliegendes Buch hat innerhalb kurzer Zeit 6 Auflagen durchgemacht und wurde in die meisten europäischen Sprachen übersetzt: es ist damit der Beweis geliefert, dass das Buch sich praktisch überaus bewährt hat. Und in der That ist es dem Verfasser gelungen ein Lehrbuch zu schreiben, welches, bei verhältnissmässig geringem Umfange, eine ungemein klare und übersichtliche Darstellung der Ohrenkrankheiten giebt mit besonderer Hervorhebung des praktisch Wichtigen. Wer dasselbe durchstudirt, wird überall erkennen können, dass der Verfasser bei Besprechung der verschiedenen Gehörleiden seine eigene reiche Erfahrung verwerthet und in therapeutischer Beziehung hauptsächlich diejenigen Methoden hervorgehoben und empfohlen hat, welche ihm sich praktisch bewährt haben. Was speciell die uns vorliegend 6. Auflage anbetrifft, so fanden in derselben, entsprechend den neueren und neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Otologie, zahlreiche Abänderungen und Ergänzungen statt, neu hinzugefügt ist die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes. Auch wurde darin eine beträchtliche Anzahl neuer Abbildungen aufgenommen. Sie ist deshalb als eine wirklich verbesserte und vermehrte zu bezeichnen. Studirende und praktische Aerzte werden das Buch mit grösstem Erfolge benutzen, denen es als überaus zuverlässiger Führer angelegentlichst empfohlen werden kann. Druck und Ausstattung des Buches sind tadellos. A. Sacher.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. 16—20. Lieferungen. (I. Bd., 7 und 8. Lieferung, II. Bd 5.—7. Lieferung). Wien. 1897. Alfred Hölder.

Von den uns vorliegenden 5 weiteren Lieferungen des berühmten Heymann'schen Sammelwerkes, auf dessen hervorragenden Werth hinzuweisen wir schon mehrfach Gelegenheit nahmen, enthalten die 2 ersten die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Die Bearbeitung dieses ungemein schwierigen Capitels wurde dem Londoner Laryngologen Prof. Dr. Sir Felix Semon anvertraut, welcher unsere recht mangelhaften Kenntnisse über die Innervationsverhältnisse des Kehlkopfes durch zahlreiche eigene Untersuchungen bereicherte und die Pathologie der Kehlkopfneurosen in musterhafter Weise dargestellt hat. Die 3 folgenden Lieferungen sind den Krankheiten des Rachens und Nasenrachenraumes gewidmet und enthalten: den Schluss des Capitels über die Neubildungen derselben von Prof. Dr. J. Mikulicz, die Verengerungen und Verwachsungen des Rachens und des Nasenrachenraumes von Privatdocent Dr. P. Heymann. Es folgt darauf ein für den praktischen Arzt und Laryngologen äusserst wichtiger Abschnitt — die Krankheiten des lymphatischen Rachenringes, in dem die acute Entzündung, der chronisch-hypertrophische und atrophische Katarrh der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen von Prof. Dr. J. Gottstein (†) und Dr. R. Kayser in Breslau eine sehr ausführliche und sorgfältige Darstellung erfahren haben; eine ebenso detaillirte Bearbeitung fanden auch die Krankheiten der Gaumenmandeln vom Privatdocenten Dr. E. Bloch, der peritonsilläre und retropharyngeale Abscess von Prof. Dr. P. Strübing in Greifswald und die Krankheiten der Zungentonsille und des Zungengrundes überhaupt von Dr. J. Michael in Hamburg. Eine sehr sachgemässe Schilderung der Rachenaffectionen bei acuten Infectionskrankheiten verdanken wir ferner dem Primarius Dr. G. Catti in Fiume und Oberstabsarzt Dr. W. Landgraf in Berlin. Alle diese Capitel sind mit der

grössten Vollständigkeit dargestellt, wodurch dem Leser die Möglichkeit gegeben wird über jede ihn speciell interessirende Frage sich leicht zu orientiren. Wir können das Werk nur nochmals allen Collegen bestens empfehlen.

A. Sacher.

Landolt und Gygax. Therapeutisches Taschenbuch für Augenärzte. Wiesbaden. Bergmann 1897.

«Dem Augenarzte ein Vademecum an die Hand zu geben, das, in kurzer und praktischer Form, die wichtigsten Heilmittel und Heilmethoden der ophthalmologischen Therapeutik enthält», das ist nach dem Vorworte der Zweck des kleinen Büchleins. Dieser Zweck ist vollkommen erreicht. Es ist erstaunlich, wie reich der Inhalt des nur 178 Seiten zählenden Büchleins bei seinem kleinen Format, dem guten Druck und der übersichtlichen, durch Absätze und verschiedene Schrift gut gegliederten Anordnung des Stoffes ist. In alphabetischer Folge finden sich alle Augenleiden mit Angabe ihrer Therapie, sowohl der localen, wie der allgemeinen; ferner alle Arzneimittel, die bei den Krankheiten der Augen und deren Grundleiden angewandt werden, vielfach in Receptform, endlich andere Heilmethoden wie Bäder, Electricität etc. Die Form ist natürlich äusserst knapp, genügt aber vollständig um im Falle des Zweifels den richtigen Weg zu zeigen. Es braucht kaum gesagt zu werden, dass der Inhalt ganz dem Standpunkte der modernen Wissenschaft entspricht. Einzelne kleine Lücken entsprechen wohl der subjectiven Auffassung der Verf., die nur allgemein Anerkanntes geben wollten, andere werden leicht in der nächsten Auflage auszufüllen sein (z. B. subconj. Injectionen). Das Büchlein ist vortrefflich ausgestattet und passt bequem in die Tasche. Schroeder.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In Betreff Ihres Referates (Nr. 50 pg. 482) über Javane's Mittheilung auf dem 8. Congress der italienischen Gesellschaft für innere Medicin, erlaube ich mir Ihnen mitzutheilen, dass ich vor ca. 18 Jahren einer kräftigen Frau zwei Calomelpulver zu 0,3 als Abführung verordnet hatte und sehr erschreckt war sie am nächsten Tage, trotz präciser Wirkung an einer schweren mercuriellen Stomatitis erkrankt vorzufinden. Es ist mir leider nicht erinnerlich, ob sie nur ein, oder beide Pulver verbraucht hatte. — Die Pat. theilte mir mit, dass sie grosse Mengen Kransbeerenlimonade getrunken hätte. — Seitdem habe ich bei Calomelverordnung stets vor Säuren gewarnt und nie mehr derartiges erlebt.

Dr. J. Serck.

Berichtigung.

In der Nr. 46 a. c. dieser Wochenschrift, pg. 445, sind in's Referat über den Vortrag des Herrn Dr. O. Klemm einige Unrichtigkeiten hineingelangt, die der Berichtigung dringend bedürfen: So muss es heissen:

Nach den Untersuchungen des Vortr. etc. ist es in hohem Grade wahrscheinlich dass gewisse Veränderungen im Caseïn-, Albumin- und Eisen-Gehalt der Milch, eine mangelhafte Milchdrüsenthätigkeit anzeigen. Constatirt man nämlich neben zu niedrigem Caseïn- und zu hohem Albumin-Gehalt, einen höheren Zuckergehalt und eine geringere Eisenmenge als dem Lactationsmonat entspricht, so ist diese Milch als Product alternder, resp. schwächlicher Zellenthätigkeit aufzufassen und nicht vollwerthig. Eine derartige Milch weist mit Sicherheit auf eine Anomalie des maternen Organismus hin. Findet man ausserdem bei der Mutter u. s. w. u. s. w. — so entwöhne man das Kind entweder ganz oder theilweise.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

627. Sitzung, am 14. October 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär: Herr Heuking.

1. Herr Kreps spricht über «einen Fall einer Neubildung in der Harnblase». — Der Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Discussion.

Herr Moritz erkundigt sich, ob eine grosse Uebung dazu gehöre um mit dem Cystoscop umgehen und es zu diagnostischen Zwecken verwenden zu können?

Herr Kreps: Die Application des Instrumentes an sich, die Einführung desselben in die Blase ist zwar nicht besonders schwierig; allein das Sehen-Lernen mit dem Cystoscop und das richtige Interpretiren des Gesehenen gelingt erst nach längerer Uebung. Auf diesem Umstande beruhen vielfach die absprechenden Urtheile, die von verschiedener Seite über die Zweckmässigkeit des Instrumentes gefällt worden sind: Die Betreffenden haben sich eben nicht der Mühe unterworfen, das richtige Sehen mit dem Cystoscop zu erlernen. — Uebrigens kann auch durch unvorsichtige Anwendung des Instrumentes Schaden angerichtet werden, durch das Glühlämpchen können Aetzungen und Verbrennungen der Blasenschleimhaut zu Stande kommen.

Herr Anders erkundigt sich, ob die von Nitze empfohlene intravesicale Methode der Aetzung mittelst Cystoscops ausgeführt worden sei? Verursacht der in der Blase liegenbleibende Aetzschorf nicht grosse Beschwerden?

Herr Kreps. Solche Aetzungen sind von Nitze und seinen Schülern allerdings bereits ausgeführt worden. Man muss sich bemühen, die Aetzungen so begrenzt wie nur möglich ausfallen zu lassen, damit die Brandschorfe so klein werden, dass sie leicht mit dem Urin abgeführt werden können. Uebrigens giebt Nitze selbst zu, dass sein Instrumentarium für intravesicale Behandlungsmethoden noch nicht den wünschenswerthen Grad von Zweckmässigkeit und Handlichkeit besitze.

Herr Westphalen knüpft an die vorstehenden Erörterungen über die Anwendung des Cystoscops einige Bemerkungen über die Erfahrungen, die bisher mit dem Gastroscop und Oesophagoscop gemacht worden sind. — Das Gastroscop hat sich im Ganzen bisher nicht bewährt, was zum Theil darin begründet sein mag, dass das Instrument in seiner jetzigen Form sehr plump und seine Handhabung in Folge dessen äusserst unbequem ist. Ausser Rosenheim hat einstweilen noch Niemand Günstiges über seine Leistungen zu berichten gehabt. — Man meinte von dem Gastroscop gute Dienste für die differentielle Diagnostik zwischen Ulcus rotundum und Carcinom des Magens erwarten zu können; doch erweist sich, dass man guten Grund hat vor der Application des Gastroscops zu warnen in den Fällen, wo ein Verdacht für die Existenz eines Ulcus vorliegt. Also auch nach dieser Richtung hat das Gastroscop den Erwartungen nicht entsprochen, die auf dasselbe gesetzt wurden. — Anders steht es nach den bisherigen Erfahrungen um das Oesophagoscop, dieses hat den Untersuchern, die mit seiner Handhabung vertraut sind, gute Dienste geleistet. Ihm scheint eine Zukunft gesichert zu sein bei der Bestimmung des Sitzes von Divertikeln und Neoplasmen; bei letzteren könnte es auch verwandt werden zur Feststellung, ob die Geschwulst die Wand des Oesophagus durchwachsen habe oder nur von der Umgebung her auf den Oesophagus drücke; auch könnte es zur Unterscheidung einer narbigen Stenose von einer blos auf spastischer Contractur beruhenden Verengerung der Speiseröhre benutzt werden. Schliesslich ist es auch zur Feststellung der Natur und des Sitzes von Fremdkörpern die in den Oesophagus hineingerathen sind, verwerthet worden. So war es Rosenheim in einem Falle, wo ein 10-Markstück verschluckt worden war, nur mittelst Oesophagoscops möglich geworden, sich über die Stellung des Geldstücks eine klare Vorstellung zu verschaffen und in Folge dessen auch das Hinabstossen desselben in den Magen zu bewirken.

Herr Moritz macht darauf aufmerksam, dass von Kuttner in allerjüngster Zeit eine wesentliche Verbesserung des Gastroscops angekündigt worden ist; es wird jetzt flexibel hergestellt, wodurch die Einführung des Instrumentes in den Magen bedeutend erleichtert wird.

Herr Wanach erwähnt der günstigen Erfahrungen Hacker's bezüglich des Oesophagoscops.

Herr Anders meint mit Bezugnahme auf den von Dr. Westphalen erwähnten Fall Rosenheim's mit der verschluckten Goldmünze, dass die Untersuchung mit Röntgenschen Strahlen wohl auch geeignet gewesen wäre den Fall klarzustellen.

Herr Westphalen: Die Durchleuchtung mittelst X-Strahlen stösst doch ab und zu auf Schwierigkeiten, wo man sie eigentlich nicht erwartet. Als Beweis führt er aus eigener Praxis einen Fall an, der wegen der diagnostischen Schwierigkeiten, die er in seinem Verlaufe aufwies, schliesslich auch die Anwendung des Röntgen-Apparates nothwendig machte; es wurde dem Pat. eine Bleisonde in den Oesophagus eingeführt. Sonderbarer Weise wies die Durchleuchtung gar nicht die Anwesenheit des Metallstabes im Speiserohr nach.

Herr Horn kann sich den Westphalen'schen Fall gar nicht erklären, da doch bei richtiger Anwendung, bei Auswahl der richtigen Beleuchtung und besonders der passenden Beleuchtungsstärke sehr feine Details sich zur Darstellung bringen lassen. In Fällen, wo der Erfolg der Durchleuchtung ein zweifelhafter zu sein scheint, empfiehlt es sich, die Lichtbilder nicht auf einem Schirme, sondern stets auf der photographischen Platte entstehen zu lassen. Auf letzterer sieht man häufig feine Abtönungen und Unterschiede in der Intensität der Schatten, die auf dem Ecran ganz verloren gehen.

Herr Wladimiroff meint, dass möglicher Weise eine zu intensive Beleuchtung das Gelingen der Röntgen-Bilder beeinträchtigen könne, ähnlich wie bei der Mikroskopie ein zu

viel an Licht störend wirkt, die Conturen verwischt und dadurch zur Entstehung von Undeutlichkeiten beiträgt.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1268 Sitzung am 22 September 1897.

1) Herr Kernig hält einen Vortrag: Bericht über die mit Tuberkulin R. im Obuchow-Frauenhospital behandelten Lungenkranken. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt).

Herr Masing hat aus dem Vortrag den Eindruck gewonnen, als ob die von dem Referenten für die Tuberkulinbehandlung ausgewählten Kranken nicht völlig den von Koch an solche Fälle gestellten Anforderungen entsprochen hätten. Er ist in Folge dessen nicht geneigt, in dem ungünstigen Urtheile über das Tuberkulin mit dem Referenten übereinzustimmen, um so mehr, als neuerdings von Deutschland her günstige Heilungsresultate mit dem Mittel berichtet werden.

Demgegenüber weist Herr Kernig darauf hin, dass seine sämmtlichen Fälle genau nach den von Koch angeführten Principien ausgewählt waren, theils ganz frische Phthisen betrafen und solche, die zu der Zeit, als mit den Injectionen begonnen wurde, entweder völlig oder fast völlig fieberfrei waren.

Herr Lunin hat 2 Fälle von Kehlkopftuberkulose ohne gleichzeitige Lungenaffection mit dem neuen Tuberkulin R. behandelt. Beide Patienten waren fieberfrei. In dem einen Falle handelte es sich um eine tuberkulöse Infiltration der Regio interarytaenoidea, in dem zweiten um ein tuberkulöses Ulcus der Stimmbänder. Nach den Injectionen trat einmal Temperaturerhöhung bis 38,3° ein, später keine allgemeine Reaction, in dem Falle von tuberkulöser Infiltration war eine lokale Reaction bemerkbar, im anderen Falle nicht. Eine Besserung erfolgte bei dieser Behandlung nicht, sondern erst dann, als eine Localbehandlung mittelst Curettements vorgenommen wurde. Director: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. H. Westphalen

Vermischtes.

— Dr. med. J. Wellberg hat in Moskau (bei der Grossen Steinernen Brücke, Haus des Fürsten Tschawtschawadse) eine Heilanstalt mit ständigen Betten und Ambulanz für Verdauungs- und Allgemeine Ernährungsstörungen (Diabetes, Gicht, Fettleibigkeit, Abmagerung, Blutarmuth etc.) eröffnet.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Turkestangebiets, wirkl. Staatsrath Dr. Okolow. — Der Wladimir-Orden III. Classe — den Divisionsärzten Staatsräthen v. Berg und Galdinski sowie dem Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Skernewice, Staatsrath Steinberg. Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — den Oberärzten der Cadettencorps Dr. Hirsch in Orel und Dr. Levy im Dongebiet.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — der Corpsarzt des 6. Armeecorps Dr. Tschernzow, der Oberarzt des Militärhospitals in Wladikawkas Kapazinski und der Arzt zu besonderen Aufträgen der Militär-Medicinalverwaltung des Kaukasus, Dr. Pantjuchow.

— Verstorben: 1) Am 11. December in St. Petersburg das berathende Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comité's und Consultant des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Pompejus Multanowski im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene wurde nach Absolvirung der medico-chirurgischen Academie i. J. 1862 Assistent an der chirurgischen Hospitalklinik des Professors Bogdanowski, an welcher er 20 Jahre hindurch thätig war und den Ruf eines ausgezeichneten Chirurgen erlangte. Im Jahre 1884 wurde ihm von der militär-medicinischen Academie die Würde eines Doctor medicinae honoris causa verliehen. Neben seinen obengenannten Aemtern fungirte M. auch als Privatdocent für Chirurgie an der milit.-med. Academie und als Vicepräsident der russ. chirurgischen Pirogow-Gesellschaft. — 2) In Poltawa der ehemalige Divisionsarzt Dr. Peter Subkow im Alter von 64 Jahren. Der Verstorbene war ein Schüler der Charkower Universität, an welcher er i. J. 1856 den Arztgrad erlangte, worauf er Militärarzt wurde und als solcher während des polnischen Aufstandes und im letzten türkischen Feldzuge thätig war. Im Jahre 1894 nahm er in Folge schwerer Krankheit (Morbus Brightii) seinen Abschied.

— Vor Kurzem vollendeten sich 30 Jahre der Docententhätigkeit des Charkower Professors der Geburtshülfe und Gynäkologie, Dr. Paul Jassinski. Von den Collegen und den Repräsentanten der Landschaft wurde dem Jubilar zu Ehren ein Diner veranstaltet.

— In der Jahresversammlung der St. Petersburger medico-chirurgischen Gesellschaft, des jüngsten der medicinischen Vereine, wurde Prof. Weljaminow zum Präsidenten wiedergewählt. Zum Vicepräsidenten wurde Prof. Turner, zu Secretären die Aerzte Bulatow und M. P. Manassein, zum Cassirer Dr. E. Weimar gewählt. (Wr.)

— Der Professor der Dermatologie Dr. Schwimmer in Budapest beging am 12. December n. St. sein 25-jähriges Jubiläum als Professor. Von seinen Schülern und Freunden wurde ihm eine Festschrift überreicht.

— Für den durch den Tod des Professors Kovacs erledigten Lehrstuhl der Chirurgie an der Budapester Universität ist einstimmig Prof. Julius Dollinger in Vorschlag gebracht worden.

— Prof. Dr. Rudolph Virchow hat für die ihm dargebrachten Kundgebungen anlässlich seines 50-jährigen Docentenjubiläums ein allgemeines Dankschreiben versandt.

— Die Copley-Medaille, die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, welche von der Royal Society in London vergeben wird, ist dieses Jahr dem Professor A. v. Koelliker in Würzburg zuerkannt worden. Sie ist somit jetzt drei Jahre hintereinander nach Deutschland gelangt. Die Auszeichnung wird begründet mit den hervorragenden Verdiensten Koelliker's auf dem Gebiete der Embryologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie und besonders der Histologie. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Der Ehrenleibmedicus Dr. Leo Bertenson erhielt anlässlich des 25-jährigen Jubiläums seiner ärztlichen Thätigkeit zahlreiche persönlich oder schriftlich dargebrachte Glückwünsche. Prof. Tarenezki überreichte ihm zu einem Unterstützungsfonds auf den Namen des Jubilars für bedürftige Studirende der militär-medicinischen Academie 7000 Rbl., welche unter den Freunden und Verehrern des Jubilars gesammelt worden sind.

— Zur Bekämpfung der im Gouvernement Orenburg immer mehr um sich greifenden Diphtherie-Epidemie sind vom Medicinal-Departement die Aerzte Rybaltschenko, Ishewski und Wiolin mit dem nöthigen Personal dorthin abcommandirt worden.

— Wie aus Moskau berichtet wird, hat der Gründer und Ehrencurator des dortigen St. Olga-Kinderhospitals neuerdings ein Kapital von 273,000 Rbl. gespendet, von denen 96 Rbl. zum Bau eines Gebäudes für das Ambulatorium dieses Hospitals, einer Baracke für Infectionskrankheiten etc. bestimmt sind. Der Rest von 177,000 Rbl. soll einen unantastbaren Fonds bilden, dessen Zinsen zum Unterhalt der Gebäude und zur Verstärkung des Hospitalpersonals verwandt werden sollen,

— Die Universität Jurjew (Dorpat) beging am 12. December ihren 95. Stiftungstag mit dem üblichen Festact, auf welchem der Professor der Jurisprudenz Dr. Philippow die Festrede hielt.

Für die Lösung der gestellten Preisaufgaben gelangten im Ganzen 5 goldene und 2 silberne Medaillen zur Vertheilung an die Studirenden, von diesen wurden 3 goldene Medaillen in der medicinischen Facultät zuerkannt und zwar dem stud. med. N. Kornilowitsch aus St. Petersburg, dem stud. med. N. Panow aus dem Gouvernement Moskau und dem Provisor M. Bialobrzeski aus Kalisch.

Die Zahl der Studirenden betrug, wie wir dem Jahresbericht der Universität entnehmen, zum 1. December d. J. 1026, von denen 573 der medicinischen Facultät angehörten; dazu kommen noch 290 Pharmaceuten und 9 freie Zuhörer.

Das Lehrpersonal der Universität bestand aus 79 Personen, darunter 35 ordentliche, 20 ausserordentliche Professoren, 7 Docenten, 8 Privatdocenten, 2 Prosectoren. — Von den 444 Personen, welchen academische und medicinische gelehrte Würden und Grade zuerkannt wurden, erwarben sich 381 Personen in der medicinischen Facultät diese Würden und Grade und zwar: Die Würde eines Medicinalinspectors 1, die Würde eines Kreisarztes 3, den Doctorgrad 8, den Arztgrad 118, den Grad eines Mag. pharm. 2, den Grad eines Provisors 125, die Würde eines Zahnarztes 3, den Grad eines Dentisten 22, den Grad eines Apothekergehülfen 58, die Würde einer Hebamme 41.

Hinsichtlich der Heimbürger-Stiftung wird zur allgemeinen Kenntniss gebracht, dass das Universitäts-Conseil das für das Jahr 1896 ausgesetzte und für das laufende Jahr aufbewahrte Reisestipendium im Betrage von 1054 Rbl. 50 Kop. dem Prosector an dem vergleichend anatomischen Institut und Privatdocenten der Histologie und Embryologie Dr. Victor Schmidt zuerkannt hat, das für das lau-

fende Jahr ausgesetzte Reisestipendium aber und die volle Prämie für wissenschaftliche Werk eim Bereich der historisch-philologischen Facultät in diesem Jahre keinem zuerkannt hat.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Dec. d. J. 8360 (114 mehr als in d. Vorw.), darunter 660 Typhus — (54 mehr), 915 Syphilis — (10 wen.), 204 Scharlach — (8 wen.), 256 Diphtherie — (4 wen.), 44 Masern — (14 wen.), und 27 Pockenkranke — (1 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. Dehember 1897

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	262	607	139	42	87	10	13	23	50	68	53	46	43	25	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 4, Scharlach 20, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 29, Krankheiten der Verdauungsorgane 74, Todtgeborene 27.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. December 1897.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12 Januar 1898.

Довв. ценз. Спб. 20 Декабря 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, (8. Januar) 27. December 1897

Ueber die Wirkung der Bäder auf die Herzthätigkeit mit specieller Berücksichtigung der Pernauschen Schlammbäder.

Von

Dr. med. H. Stillmark in Pernau.

Wenn ich, meine Herren Collegen, von den verschiedenen physiologischen Wirkungen der Bäder auf den menschlichen Organismus diejenige auf das Herz hervorheben und gesondert behandeln möchte, so hat das seinen Grund in der grossen Bedeutung, die stets dieser Frage von Seiten der Aerzte beigelegt worden ist.

Und in der That ist die Wirkung der verschiedenen Bäder auf das Circulationssystem nicht nur in physiologischer Hinsicht interessant, sondern auch ihre Kenntniss von hervorragendem practischen Werthe für jeden Arzt, speciell für den balneo-therapeutisch thätigen. Allerdings kann die Frage über den Einfluss des Bades auf die Herzthätigkeit zur Zeit als noch nicht vollständig gelöst betrachtet werden, und so mancher dieselbe betreffende Punkt harrt noch heut der Erledigung, ja ist wohl gar Gegenstand der Controverse zwischen den einzelnen Autoren. Andrerseits aber haben die Erfahrung und das Experiment schon jetzt viele Thatsachen in dieser Hinsicht klargestellt, die uns bei der Verordnung von Bädern eine Directive zu geben im Stande sind.

Da sich nun leider diese auf empirischem und experimentellem Wege gefundenen Thatsachen nur ganz verstreut in den Lehrbüchern der Balneotherapie, den verschiedensten Zeitschriften und Arbeiten finden, so habe ich es in Folgendem versucht Ihnen eine Zusammenstellung dieser Daten zu geben, soweit sie mir in der Literatur zugänglich waren. Dass ich im Anschluss daran auch unsere Schlammbäder, als für uns von specieller Bedeutung, in das Bereich meiner Betrachtung hineinzog, bedarf keiner weiteren Begründung.

Was zunächst die kalten Bäder anbetrifft, so tritt durch die Anwendung derselben, wie bekannt, eine Steigerung des Blutdrucks, Verstärkung der Herzaction, Verlangsamung der Herzthätigkeit ein. — Winternitz[1]), der ebenso gründliche, als interessante Untersuchungen über die Einwirkung niedriger Temperaturen auf die Kör-

[1]) Winternitz, Hydrotherapie in Ziemssen's Handbuch d. allgem. Therap. p. 105.

peroberfläche angestellt hat, ist es gelungen, auf graphischem Wege festzustellen, dass jeder Einwirkung von Kälte auf die Oberfläche des Körpers unmittelbar eine Beschleunigung der Herzaction folge. Diese primäre Steigerung der Pulsfrequenz ist aber eine rasch vorübergehende und macht bei länger einwirkender Kälte der eben erwähnten Erscheinung der Pulsverlangsamung Platz. — Aber abgesehen von der Wirkung auf die Frequenz des Pulses ist eine solche nach Winternitz auch auf die Herzkraft zu constatiren gewesen. Denn einmal ist die Herzkraft abhängig von der Spannung im Gefässsystem, die bei der Application von Kälte erhöht wird, andererseits scheint durch reflectorisch angeregten, im Verhältniss zur Reizempfänglichkeit nicht zu starken Innervationsimpuls auch das Herz zu kräftigeren Contractionen angeregt werden zu können. Sphygmographische Curven, die Winternitz vor und nach der Kälteapplication aufzunehmen Gelegenheit gehabt hat, erheben das über allen Zweifel.

Diese günstige Wirkung des kalten Wassers auf das Herz ist denn auch in ausgiebigster Weise therapeutisch verwerthet worden, so besonders bei den verschiedenartigsten Herzfehlern mit gutem Erfolge. Die Anwendung der Kälte erklärt F A. Hoffmann[2]) unter Umständen als der Digitalis überlegen, schon deswegen, weil die Verdauung durch erstere nicht gestört wird. In einer Reihe von Fällen sei die Kälte ein «geradezu ideales» Mittel und verdiene eine ausgebreitetere Anwendung als bisher geschehen sei. Hoffmann hält das kalte Bad für indicirt in solchen Fällen von Herzkrankheiten, wo bei anämischer (resp. cyanotischer) Haut eine venöse Hyperämie der inneren Organe, besonders der Leber und des Gehirns besteht dagegen für contraindicirt bei schon weit vorgeschrittenen Veränderungen der Gefässe und des Herzmuskels, also bei Arteriosclerose und höheren Graden von Herzverfettung.

Nicht so einfach verhält es sich mit den warmen Bädern, deren Wirkung auf die Herzthätigkeit auch jetzt noch nicht von allen Autoren in gleichem Sinne gedeutet wird. Während noch bis vor nicht langer Zeit z. B. jede chronische Erkrankung des Herzens ein Noli me tangere für den Balneotherapeuten war, scheint neuerdings, wie Kisch[3]) anführt, sich ein so starker Umschwung in diesen Anschauungen vollzogen zu haben, dass er es für gerathen hält, vor einer zu grossen Verallgemeinerung der Anwendbarkeit von Brunnen- und Bädercuren bei Herzleiden zu warnen.

Im Allgemeinen ist man darüber einig, dass das warme Bad irritirend auf die Herzthätigkeit wirkt, dass in demselben eine Pulsbeschleunigung, eine Erweiterung der peripheren Blutgefässe, somit eine Erniedrigung des Blutdrucks[4]) eintritt. — Allerdings ist die Temperatur des Bades für die Wirkung massgebend. Bezweckt man eine stärkere Erregung, so wird man höher temperirte Bäder nehmen lassen, während die Temperatur eines Bades, das beruhigend wirken soll, nicht weit den sog. thermischen Indifferenzpunkt übersteigen darf. (Jürgensen's Untersuchungen haben zur Aufstellung des sog. Indifferenzpunktes (35° C.) geführt, bei welchem nicht allein die Körpertemperatur des Badenden constant die normale bleibt, sondern auch die an das Wasser abgegebenen Wärmemengen ebensoviel betragen, als in der gleichen Zeit beim gewöhnlichen Aufenthalt in der Luft an dieselbe abgegeben worden wäre).

[2]) F. A. Hoffmann, Allgem. Therapie, 1 Aufl.
[3]) Kisch, St. Petersburger med Wochenschrift 1894.
[4]) Lehmann, (Blutdruck nach Bädern. Ztschr. f. klin. Med. 1883) ist auf Grund seiner Untersuchungen abweichender Ansicht.

Die durch die Erweiterung der peripheren Blutgefässe hervorgerufene Vergrösserung des Strombettes muss nun ceteris paribus auch eine Vergrösserung der Herzarbeit zur Folge haben: es muss das Herz sich den veränderten Verhältnissen im Gefässsystem anpassen. Eine derartige Anpassung des Herzens kann aber nur bei genügender Innervation erfolgen.

Sind die die Herzthätigkeit regulirenden Nervenapparate nicht mehr leistungsfähig, so werden wir durch das warme Bad nur Schaden anrichten können. Contraindicirt ist also dasselbe bei Erkrankungen des Herznervenapparats.

Scheinbar im Widerspruch zu dieser Thatsache stehen die Erfahrungen, die man in Nauheim, Marienbad und andernorts mit Herzkranken gemacht hat.

Es sei mir gestattet auf dieselben etwas näher einzugehen, da sie von grosser praktischer Bedeutung sind.

Beneke[5]) hat auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen constatiren können, dass das leicht (2—4%) kohlensäurehaltige Soolbad mit einer Temperatur von 25—27° R. selbst von schwer Herzkranken vertragen wird, ohne auch nur die geringste Aufregung im Gefässsystem zu erzeugen, es wirke im Gegentheil durchgehends beruhigend auf die Herzthätigkeit. Selbst bei starken Hypertrophien des Herzens und bei Klappenfehlern erheblicher Art könne man, vorausgesetzt, dass der Concentrationsgrad, die Dauer und die Temperatur des Bades richtig getroffen werde, dieses Erfolges gewiss sein. Dieses gute Resultat trete ganz besonders in den durch Rheumatismus bedingten Fällen von Vitium cordis zu Tage, während bei Atheromatose auch eine Nauheimer Cur im Stiche lasse. — Groedel[6]), der früher gleich Beneke vor der Anwendung von Kohlensäure-Bädern bei Atheromatose und hochgradiger Entartung des Herzmuskels gewarnt hatte, hat später nach langjährigen Beobachtungen seine Ansicht dahin geändert, dass er auch Arteriosklerose und fettige Degeneration des Herzens nicht in jedem Falle für eine stricte Contraindication für Bäder ansieht. Nur die Fälle seien von vornherein von jeder Bäderbehandlung auszuschliessen, bei denen das Reactionsvermögen des Herzens auf medicamentöse und sonstige Eingriffe sehr stark herabgesetzt sei.

Wie die kohlensäurehaltigen Bäder — entgegen der Wirkung anderer warmer Bäder — diesen günstigen Einfluss auf das kranke Circulationssystem ausüben, ist schwer zu erklären. Vielleicht verhindert die Kohlensäure eine zu grosse Gefässerschlaffung. Nach einer Arbeit Groedels[7]) (die mir im Originale nicht vorlag) scheint sogar eine wenn auch geringe Blutdrucksteigerung durch sie hervorgerufen zu werden. Es ist hier nicht der Ort, zu entscheiden, ob es sich hierbei nicht vielleicht um eine chemische Wirkung handelt. Allerdings giebt es bekanntlich viele Aerzte, die überhaupt eine chemische Wirkung der Bäder verneinen zu müssen glauben und die Temperatur, die Consistenz des Bademediums, kurz die physikalischen Eigenschaften des letzteren ausser klimatischen u. a. Einflüssen für die balneotherapeutischen Erfolge resp. Misserfolge verantwortlich machen.

Dass die chemische Zusammensetzung des Bademediums nicht ganz gleichgültig zu sein scheint, dafür spricht die vor kurzer Zeit (1894) erschienene Arbeit Lindemann's[8]), auf die ich etwas näher eingehen muss, da

[5]) Beneke, Zur Therapie d. Gelenkrheumatismus u. d. ihm verb. Herzkrankheiten. 1872.
[6]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1893.
[7]) Cit. nach Hoffmann, Allgem. Therap. 1. Aufl.
[8]) Lindemann, Seebad und Seeklima. 1894.

sie das von uns behandelte Thema auf das Innigste berührt und recht überraschende Resultate zu Tage gefördert hat.

Lindemann in Helgoland hat Vergleiche zwischen der Wirkung von gleichtemperirten Süss- und Seewasserbädern auf die Pulscurve bei denselben Personen und unter möglichst gleichen Verhältnissen angestellt. Aus den Ergebnissen seiner Arbeit hebe ich folgende Punkte hervor: 1) Die einzelne Pulscurve nach den Seewasserbädern erschien mehr gedehnt und auseinandergezogen als nach den Süsswasserbädern. 2) Die Abnahme der Curvenhöhe, welche sofort nach kalten Bädern als Ausdruck der durch sie hervorgerufenen Gefässcontraction sichtbar wird, scheint nach Seewasserbädern stärker ausgeprägt zu sein. 3) Tritt bei den Seewasserbädern die in der spätern Zeit nach dem Bade sich zeigende Zunahme der Curvenhöhe, welche bald die vor dem Bade übertrifft, deutlicher hervor und kommt dann auch die Elasticitätselevation besser, die Rückstosselevation weniger zum Vorschein als Zeichen eines gespannten Pulses. 4) Ist aus den von Lindemann aufgenommenen Curvenreihen zu entnehmen, dass nach Seebädern der Puls in einzelnen Fällen unregelmässig wird, was nach Süsswasserbädern nicht oder nicht in dem Masse zu beobachten ist.

In Betreff des römisch-irischen und des Dampfbades hat Oertel[9]) nachgewiesen, dass während des Bades der Puls dicrot wird und die Spannung der Arterienwand abnimmt. Aber schon eine Viertelstunde nach diesen Bädern zeigen die Arterien eine beträchtliche Zunahme ihrer Wandspannung, der Puls wird nicht selten anakrot und in dem absteigenden Schenkel der Pulscurven treten zugleich mit dem Höherrücken der Rückstosselevation wieder mehr und mehr Elasticitätselevationen auf. Die Arterie zieht sich stärker zusammen, ihre Elasticität wird erhöht. ihr Rauminhalt verkleinert.

Während die meisten Bäder bei denen dem Wasser hautreizende Substanzen beigemengt sind, in Bezug auf die Herzthätigkeit sich in gleicher Weise äussern wie Warmwasserbäder, scheinen die Moorbäder nach Fellner's[10]) Untersuchungen insofern eine Ausnahme zu machen, als bei ihnen neben einer Abnahme der Zahl der Athemzüge auch eine Verminderung der Pulsfrequenz sich bemerkbar macht. Es soll bei einer Badetemperatur von 32,5—36° C. die Zahl der Pulsschläge sich um 4—12 in der Minute vermindern.

Eine Abnahme der Pulsfrequenz finden wir auch im electrischen Bade. Eulenburg[11]) konnte sowohl im galvanischen, im Anoden- und Kathodenbade, als auch im faradischen Bade eine stetige Abnahme der Pulsschläge um 10—20, resp. 8—10 constatiren. — Lehr[12]) und Bubajew fanden im faradischen wie galvanischen dipolaren Bade eine Pulsverminderung von 10—18 Schlägen. Bei schwachen Strömen kehrte die Pulsfrequenz nach dem Bade bald zur Norm zurück, bei stärkeren und langdauernden Strömen trat eine Steigerung der Frequenz um 10—15 Schläge ein und eine Erhöhung des Blutdrucks.

So sehr zahlreich nun die Untersuchungen sind, die die Wirkung aller der eben besprochenen Bäder auf die Herzthätigkeit betreffen, so spärliche Angaben finden sich — wenigstens in der mir zugänglichen Literatur — über den Einfluss der Schlammbäder auf die Herzaction.

Zu erwähnen sind die Arbeiten der italienischen Autoren Maggiore[13]) und Levi und des russischen Arztes Troitzki. — Erstere fanden, dass sowohl die cardiographische wie die sphygmographische Curve durch das Schlammbad verändert wird. So zeigte die sphygmographische Curve stets eine bedeutende Vergrösserung ihrer Höhe; zuweilen war die Curvenhöhe dreimal so gross als die normale. Der Uebergang der Arteriendiastole zur Arteriensystole erfolgte langsam und allmählich. Die Arteriensystole war im Allgemeinen schnell und energisch, besonders zu Anfang des Badei kata-es. Di kroten Erhebungen zeigten gewöhnlich nur geringe Veränderungen. Die Pulsfrequenz war erhöht. Der Puls war weniger hart. Der Gefässtonus war in allen Versuchen stark herabgesetzt. — Bedeutend grösser waren noch die Veränderungen der cardiographischen Curven, die so auffallende waren, dass Maggiore und Levi sie für den Ausdruck der Compensationsbestrebungen des Herzens halten. Durch die grosse Verbreitung des gesammten peripheren Gefässsystems wird nach Ansicht der genannten Autoren dem Herzen ein bedeutendes Plus an Arbeit aufgebürdet. — Troitzki wies im Schlammbade eine Erhöhung der Pulsfrequenz, sowie eine Steigerung des Blutdrucks nach.

Die Resultate dieser Untersuchung, so interessant sie auch sind, können aber nicht ohne Weiteres auf die bei uns gebräuchlichen Schlammbäder angewandt werden. Denn erstens pflegen wir gewöhnlich Vollbäder, die aus Seewasser und einem mehr weniger grossen Zusatz von Schlamm hergestellt sind, zu verordnen, während Maggiore zu seinen Versuchen Halbbäder benutzte und Troitzki seine Patienten in den sog. Medaillons baden liess, zweitens ist die Consistenz des Bademediums in Agni und Saki eine dickere als bei uns üblich und drittens ist vor Allem die Temperatur des Bades bei uns selten höher als 38° C. (30° R.), während die genannten Autoren den Schlamm bis zu 52° C. erhitzten. Schliesslich ist es nicht unmöglich, dass auch die chemischen Bestandtheile unseres Schlammes andere sind als die des italienischen und russischen.

Auf Grund dieser Erwägungen lag es nahe, auch die Wirkung unserer Schlammbäder auf die Herzaction einer Untersuchung zu unterziehen. — Handelt es sich doch bei dem Gros der unsere Schlammbäder aufsuchenden Patienten um Rheumatiker, bei denen natürlich unsere Aufmerksamkeit sich in besonders hohem Masse auf ihre Herzfunctionen zu richten hat.

Durch das liberale Entgegenkommen unseres Stadtamts, speciell des Herrn Stadthaupt Brackmann, bin ich nun in den Stand gesetzt worden, eine Reihe von Versuchen, die insgesammt 62 Bäder betrafen, in unserer städtischen Badeanstalt machen zu können.

Ehe ich zur Besprechung der Resultate dieser Experimente übergehe, möchte ich Ihnen in Kürze die Gesichtspunkte vorlegen, die mich bei der Anordnung und Ausführung derselben leiteten:

Allen Versuchen legte ich die bei uns übliche Anwendungsweise des Schlammes zu Grunde, so dass ich z. B. sehr hohe resp. niedrige Temperaturgrade der Bäder von meinen Untersuchungen von vornherein ausschloss. Es handelte sich also bei meinen Versuchen um Vollbäder von 28—30° R. — Eben so habe ich bei der Concentration der Bäder nach dem bei uns geltenden Usus mich gerichtet. Es wurden demnach 25—50 Stopf Seeschlamm dem Bade zugesetzt. (Auch einige — im

[9]) Oertel, Ther. d. Kreislaufstörungen in Ziemssen's Handbuch der allgem. Therapie 1885.

[10]) Fellner, Wien. med. Presse 1879. Cit. n. Flechsig, Balneotherapie.

[11]) Eulenburg, Neurol. Centralbl. 1883. Cit. n. Flechsig, Balneotherapie.

[12]) Lehr, Neurol. Centrbl. 1887. Cit. n. Flechsig. Balneotherapie.

[13]) Cit. nach dem Вѣстн. обществ. Гигіены 1896.

Ganzen 9 — Controllversuche mit einfachen Seewasserbädern ohne Schlammzusatz habe ich anstellen zu müssen geglaubt). — Die Dauer der Bäder betrug in allen Fällen 20 Min.

Zu meinen Blutdruckuntersuchungen benutzte ich den v. Basch'schen Sphygmomanometer. Vor dem Bade und gleich nach demselben (nachdem die Patienten sich angekleidet hatten) wurde der Blutdruck bestimmt. Es ist bekannt, dass die mit diesem Apparate gewonnenen Zahlen nur einen relativen Werth haben, dass sich durch ihn wohl mit einiger Sicherheit die Blutdruckschwankungen bei einer und derselben Person constatiren lassen, dass aber ein Vergleich der bei verschiedenen Personen gefundenen Zahlen nur mit Vorsicht zulässig ist.

Die Pulscurven würden mit dem Dudgeon'schen Sphygmographen und zwar gleichfalls vor und nach dem Bade ausgeführt. Bei der Analyse derselben habe ich überall die Durchschnittswerthe in Betreff der Curvenhöhe, des Gipfelwinkels etc. zu eruiren gesucht.

Vor und nach dem Bade wurde der Puls gezählt.

Im Ganzen sind also in 62 Bädern 372 Untersuchungen ausgeführt worden. Leider ist es mir aus äusseren Gründen nicht möglich gewesen, noch während des Bades den Blutdruck etc. zu bestimmen. Die Versuchspersonen waren durchweg Leute mittleren Alters (von 38—53 Jahren). Dieses Alter ist von mir aus Rücksicht darauf gewählt worden, dass es wohl das Hauptcontingent der die Curorte aufsuchenden Rheumatiker stellt.

Alle Versuchspersonen hatten ein nach meiner Ansicht gesundes, ihrem Alter entsprechendes Gefässsystem und Herz.

I. Blutdruck-Versuche.

Wie aus der nebenstehenden Tabelle ersehen werden kann, war in der Mehrzahl der Versuche (54,7%) der Blutdruck nach dem Bade erniedrigt, in 24,5% der Fälle erhöht, während er in 20,7% der Fälle der gleiche geblieben war. — Je nach der Temperatur der Bäder verhielt sich der Blutdruck folgendermassen:

1) Bäder von 28° R.: In 59,2% der Fälle erniedrigt, in 22,2% erhöht, in 18,5% gleich.

2) Bäder von 29° R.: In 41,1% erniedrigt, in 35,2% gleich, in 23,5% erhöht.

3) Bäder von 30° R.: In 66,6% erniedrigt und 33,3% erhöht.

Da uns nun eine Erhöhung des Blutdrucks als eine häufig zu fürchtende Nebenwirkung der Bäder wichtig erscheint, so müssen wir unser Augenmerk hauptsächlich auf die diesen Punkt betreffenden Zahlen richten. Bei Betrachtung der eben wiedergegebenen Zahlen fällt uns auf, dass bei Bädern von 28° R. der Blutdruck in 22% der Fälle erhöht erscheint, bei 29° in 23,5% und bei 30° in 33,3%. Wir können somit eine mit der Erhöhung der Badetemperatur einherschreitende Steigerung des Blutdrucks constatiren.

In Bezug auf alle diese Zahlen, sowie auf die gleich folgenden über die Pulsfrequenz möchte ich hier ausdrücklich betonen, dass sie viel zu kleine sind, um aus ihnen sichere statistische Schlüsse ziehen zu können. Andererseits glaubte ich sie aber Ihrer Kenntniss, meine Herrn Collegen, nicht vorenthalten zu dürfen, weil sie bei eventuellen späteren Versuchen über diese Frage als Material vielleicht Verwendung finden könnten.

II. Wirkung auf die Pulsfrequenz.

Die Pulsfrequenz war in 66,0% der Fälle nach dem Bade herabgesetzt, in 3,7% gleich geblieben, in 30,1% erhöht und zwar war sie bei Bädern von 28° R. in 74,0% herabgesetzt, in 7,4% gleich, in 18,1% erhöht, bei Bädern von 29° in 76,4% herabgesetzt, in 23,5% erhöht, bei Bädern von 30° R. in 22,2% erniedrigt, in 77,7% erhöht. Die Pulsschwankungen waren übrigens wie die des Blutdrucks (höchstens 35 Mm. Hg.) keine grossen: Die grösste Differenz betrug 10 Schläge in der Minute.

Einfluss auf die sphygmographische Curve[14]).

In Bezug auf der Höhe der sphygmographischen Curven ergab sich bei der Analyse, dass in etwa der Hälfte der Versuche nach dem Bade eine gewöhnlich nur geringe Erhöhung eingetreten war. Der Gipfelwinkel war in gleichfalls der Hälfte der Fälle nach dem Bade spitzer geworden.

Die Rückstosselevation war gewöhnlich deutlicher (vergl. Fig. 266, 300, 330, 345) niedriger geworden; zuw. näherte die Curve sich dem Typus der dicroten (z. B. in Fig 345, 300).

Die erste Elasticitätselevation war regelmässig von der Spitze abwärtsgerückt d. h. näher der Basallinie (vergl. № 266, 300).

Alle secundären Elevationen erschienen weniger deutlich ausgeprägt, was auf eine Verminderung der Arterienwandspannung hindeutet.

Die Ascensionslinie stieg meist steiler an, die Descensionslinie fiel steiler ab.

Von den 124 Curven, die ich im Ganzen gezeichnet habe, habe ich die in der Tabelle wiedergegebenen 12 ausgesucht, weil sie mir das Gesagte am besten zu illustriren schienen. Sie stammen alle von einer und derselben Person, einem kräftigen Manne von 46 Jahren, der an leichtem Muskelrheumatismus litt. Sie sind bei Bädern von verschiedener Temperatur und Concentration aufgenommen worden.

Auf Grund aller der von mir gemachten sphygmographischen Untersuchungen glaube ich sagen zu können, dass bedeutendere Veränderungen in der Configuration der Curven durch die Schlammbäder nicht hervorgerufen worden waren.

Fassen wir die Resultate der oben beschriebenen Versuche kurz zusammen, so ergiebt sich Folgendes:

1) In der Mehrzahl der Versuche war der Blutdruck nach dem Schlammbade herabgesetzt. Mit einer Erhöhung der Badetemperatur schien dagegen auch eine Steigerung des Blutdrucks einherzugehen. — Die Concentration des Bademediums schien ferner in Bezug auf den Blutdruck von geringerer Bedeutung zu sein als die Temperatur.

2) Die Pulsfrequenz war meist nach dem Bade herabgesetzt und zwar besonders bei niedriger temperirten Bädern.

3) Die sphygmographische Curve zeigte allerdings nach dem Bade einige Veränderungen, doch waren dieselben nicht soweit bedeutend, dass aus ihnen auf eine stärkere Alteration des Circulationsystems geschlossen werden könnte.

Aus dem Gesagten ersehen Sie, meine Herrn Collegen, dass die bei uns üblichen Schlammbäder einen wesentlichen Einfluss auf das gesunde Circulationssystem, soweit derselbe durch die beschriebenen Versuche constatirt werden kann, nicht gehabt haben. Die geringe Zahl derselben sowie das engbegrenzte Gebiet, das sie behandelten, legt uns Badeärzten aber die Pflicht nahe, im Interesse unserer Kranken, denen wir Schlammbäder verordnen wollen, — z. B. der vielen Rheumatiker. die an Herzcomplicationen leiden — die Frage nach der Wirkung des Schlammbades auf die Herzfunction weiter zu verfolgen und dabei besonders auch das nicht mehr ganz intacte Circulationssystem zu berücksichtigen.

---

[14]) In der Curventafel giebt bei jedem Versuch die erste der beiden Curven die vor dem Bade, die zweite die nach dem Bade aufgenommene sphygmographische Curve wieder.

Versuchs-Protocolle.

Nummer des Versuchs.	NAME.	Geschlecht.	Alter.	BADEFORM.	Concentration des Bades.	Dauer des Bades.	Temperatur d. Bades.	Blutdruck. vor d. Bade.	Blutdruck. nach dem Bade.	Pulsfrequenz vor d. Bade.	Pulsfrequenz nach dem Bade.
1	Jürri Tamm.	m.	46 a. n.	Seewasser	—	20 M.	28° R.	16	14½	88	75
2	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	—	20 »	28° »	15½	14½	80	78
3	Jürri Tamm	m.	46 »	Schlamm	25 Stof	20 »	28° »	15¾	13½	86	84
4	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	28° »	—	13½	—	88
5	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	25 »	20 »	28° »	12	11½	86	84
6	Eduard Anton	m.	45 »	Seewasser	—	20 »	28° »	14	12½	72	66
7	Olga Lachsberg	w.	43 »	Schlamm	30 »	20 »	28° »	11½	11	84	74
8	Jürri Tamm	m.	46 »	»	35 »	20 »	28° »	14	16	80	72
9	Eduard Anton	m.	45 »	»	25 »	20 »	28° »	13	11	76	74
10	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	35 »	20 »	28° »	11½	11½	84	84
11	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	28° »	17	16	70	70
12	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	28° »	13	13	82	72
13	Eduard Anton	m.	45 »	»	30 »	20 »	28° »	14	11	82	76
14	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	40 »	20 »	28° »	12½	11	82	76
15	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	28° »	11½	11	74	76
16	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	28° »	14½	13	72	76
17	Helene Terring	w.	41 »	Seewasser	—	20 »	28° »	15	15½	76	76
18	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	35 »	20 »	28° »	14	12	70	68
19	Jürri Tamm	m.	46 »	»	25 »	20 »	29° »	13½	13	76	66
20	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	50 »	20 »	28° »	11	10½	78	76
21	Helene Terring	w.	41 »	»	25 »	20 »	28° »	11	13½	76	74
22	Olga Lachsberg	w.	43 »	Seewasser	—	20 »	29° »	11½	11	80	76
23	Anna Slick	w.	53 »	»	—	20 »	28° »	12½	12½	70	70
24	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	40 »	20 »	28° »	12	11½	82	84
25	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	29° »	14	14	78	74
26	Eduard Anton	m.	45 »	»	45 »	20 »	28° »	12	12	78	72
27	Olga Lachsberg	w.	43	[illegible]	[illegible]	[illegible]	29° »	11	11	88	94
28	Jürri Tamm	m.	46	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14	84	76

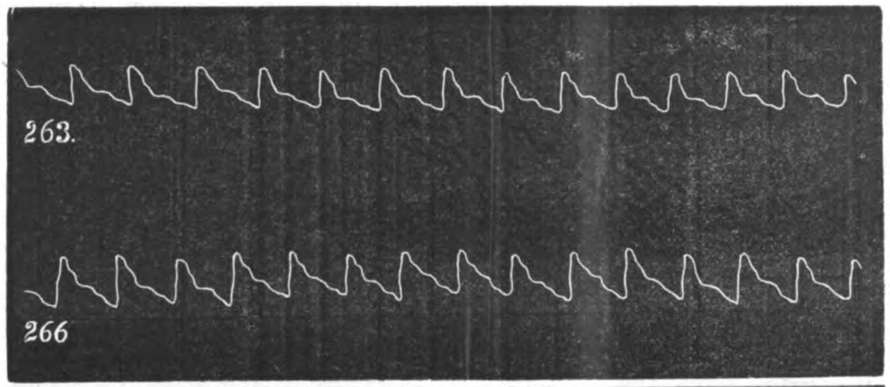


Fig. 263 und 266.
Versuch № 8.
(cf. Versuchsprotocolle).

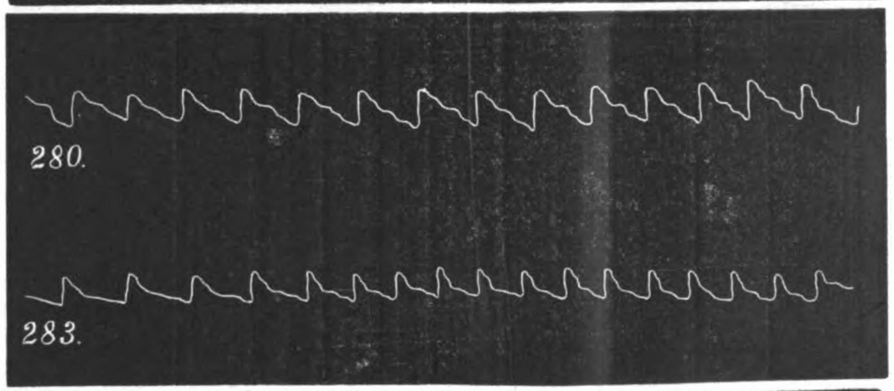


Fig. 280 und 283.
Versuch № 16.

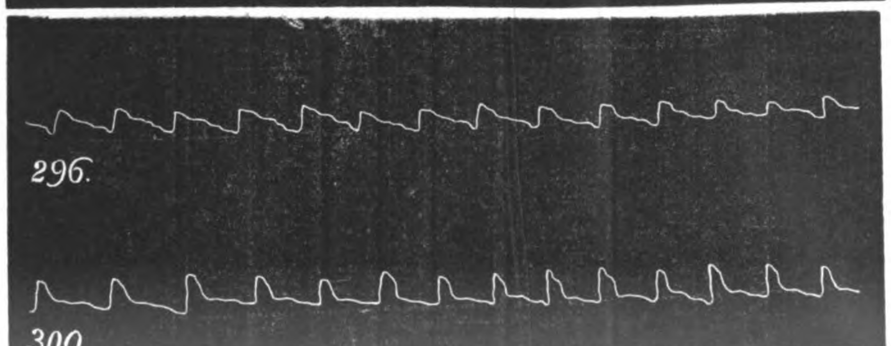


Fig. 296 und 300.
Versuch № 25.

Versuchs-Protocolle.

Nummer des Versuchs.	N A M E.	Geschlecht.	Alter.	BADEFORM.	Concentration des Bades.	Dauer des Bades.	Temperatur d. Bades.	Blutdruck.		Pulsfrequenz	
								vor d. Bade.	nach dem Bade.	vor d. Bade.	nach dem Bade.
1	Jürri Tamm.	m.	46 a. n.	Seewasser	—	20 M.	28° R.	16	14½	88	75
2	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	—	20 »	28° »	15½	14½	80	78
3	Jürri Tamm	m.	46 »	Schlamm	25 Stof	20 »	28° »	15¾	13½	86	84
4	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	28° »	—	13½	—	88
5	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	25 »	20 »	28° »	12	11½	86	84
6	Eduard Anton	m.	45 »	Seewasser	—	20 »	28° »	14	12½	72	66
7	Olga Lachsberg	w.	43 »	Schlamm	30 »	20 »	28° »	11½	11	84	74
8	Jürri Tamm	m.	46 »	»	35 »	20 »	28° »	14	16	80	72
9	Eduard Anton	m.	45 »	»	25 »	20 »	28° »	13	11	76	74
10	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	35 »	20 »	28° »	11½	11½	84	84
11	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	28° »	17	16	70	70
12	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	28° »	13	13	82	72
13	Eduard Anton	m.	45 »	»	30 »	20 »	28° »	14	11	82	76
14	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	40 »	20 »	28° »	12½	11	82	76
15	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	28° »	11½	11	74	76
16	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	28° »	14½	13	72	76
17	Helene Terring	w.	41 »	Seewasser	—	20 »	28° »	15	15½	76	76
18	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	35 »	20 »	28° »	14	12	70	68
19	Jürri Tamm	m.	46 »	»	25 »	20 »	29° »	13½	13	76	66
20	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	50 »	20 »	28° »	11	10½	78	76
21	Helene Terring	w.	41 »	»	25 »	20 »	28° »	11	13½	76	74
22	Olga Lachsberg	w.	43 »	Seewasser	—	20 »	29° »	11½	11	80	76
23	Anna Slick	w.	53 »	»	—	20 »	28° »	12½	12½	70	70
24	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	40 »	20 »	28° »	12	11½	82	84
25	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	29° »	14	14	78	74
26	Eduard Anton	m.	45 »	»	45 »	20 »	28° »	12	12	78	72

29	Helene Terring	w.	[illegible]	»	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
30	Helene Terring	w.	41 »	»	45 »	20 »	28° »	13¹/₂	13	82	78
31	Eduard Anton	m.	45 »	»	50 »	20 »	28° »	12	12¹/₂	72	68
32	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	30 »	20 »	29° »	11	11³/₄	84	78
33	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	29° »	13	15¹/₂	76	68
34	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	28° »	14	14	70	66
35	Helene Terring	w.	41 »	»	55 »	20 »	28° »	13¹/₂	13	76	74
36	Eduard Anton	m.	45 »	»	25 »	20 »	29° »	13¹/₂	12¹/₂	66	64
37	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	35 ‹	20 »	29° »	11	10¹/₂	80	78
38	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	29° »	14	14	76	72
39	Eduard Anton	m.	45 »	»	30 »	20 »	29° »	12	12	70	68
40	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	29° »	13¹/₂	15	84	88
41	Jürri Tamm	m.	46 »	»	25 »	20 »	30° »	12¹/₂	16	82	84
42	Anna Slick	w.	53 »	»	40 »	20 »	28° »	14	14¹/₂	74	68
43	Kadri Sitan	w.	38 »	»	35 »	20 »	28° »	12¹/₂	12	73	78
44	Anna Slick	w.	53 »	»	50 »	20 »	28° »	13	13	72	64
45	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	30° »	12¹/₂	14	90	80
46	Kadri Sitan	w.	38 »	»	45 »	20 »	28° »	12	14	78	74
47	Jürri Tamm	m.	46 »	»	35 »	20 »	30° »	14	14¹/₄	72	75
48	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	29° »	14	14	60	62
49	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	30° »	16	14	88	90
50	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	29° »	11	11	80	76
51	Kadri Sitan	w.	38 »	»	35 »	20 »	29° »	11¹/₂	11	82	74
52	Kadri Sitan	w.	38 »	•	45 •	20 »	29° »	11	10¹/₂	80	88
53	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	29° »	11	9¹/₂	84	76
54	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	30° »	14	13¹/₂	66	74
55	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	30° »	14¹/₂	14	68	72
56	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	30° »	13³/₄	12	78	76
57	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	30 »	20 »	30° »	11	10¹/₂	86	88
58	Kadri Sitan	w.	38 •	»	55 »	20 »	29° »	11¹/₂	11	74	72
59	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	50 »	20 »	30° »	11	10¹/₂	86	88
60	Kadri Sitan	w.	38 »	Seewasser	—	20 »	29° »	12	11	78	76
61	Jürri Tamm	m.	46 »	»	—	20 »	29° »	15¹/₂	15	104	100
62	Anna Slick	w.	53 »	»	—	20 »	29° »	13	14	72	74

Versuchs-Protocolle.

Nummer des Versuchs.	NAME.	Geschlecht.	Alter.	BADEFORM.	Concentration des Bades.	Dauer des Bades.	Temperatur d. Bades.	Blutdruck. vor d. Bade.	Blutdruck. nach dem Bade.	Pulsfrequenz vor d. Bade.	Pulsfrequenz nach dem Bade.
1	Jürri Tamm.	m.	46 a. n.	Seewasser	—	20 M.	28° R.	16	14½	88	75
2	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	—	20 »	28° »	15½	14½	80	78
3	Jürri Tamm	m.	46 »	Schlamm	25 Stof	20 »	28° »	15¾	13½	86	84
4	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	28° »	—	13½	—	88
5	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	25 »	20 »	28° »	12	11½	86	84
6	Eduard Anton	m.	45 »	Seewasser	—	20 »	28° »	14	12½	72	66
7	Olga Lachsberg	w.	43 »	Schlamm	30 »	20 »	28° »	11½	11	84	74
8	Jürri Tamm	m.	46 »	»	35 »	20 »	28° »	14	16	80	72
9	Eduard Anton	m.	45 »	»	25 »	20 »	28° »	13	11	76	74
10	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	35 »	20 »	28° »	11½	11½	84	84
11	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	28° »	17	16	70	70
12	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	28° »	13	13	82	72
13	Eduard Anton	m.	45 »	»	30 »	20 »	28° »	14	11	82	76
14	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	40 »	20 »	28° »	12½	11	82	76
15	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	28° »	11½	11	74	76
16	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	28° »	14½	13	72	76
17	Helene Terring	w.	41 »	Seewasser	—	20 »	28° »	15	15½	76	76
18	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	35 »	20 »	28° »	14	12	70	68
19	Jürri Tamm	m.	46 »	»	25 »	20 »	29° »	13½	13	76	66
20	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	50 »	20 »	28° »	11	10½	78	76
21	Helene Terring	w.	41 »	»	25 »	20 »	28° »	11	13½	76	74
22	Olga Lachsberg	w.	43 »	Seewasser	—	20 »	29° »	11½	11	80	76
23	Anna Slick	w.	53 »	»	—	20 »	28° »	12½	12½	70	70
24	Eduard Anton	m.	45 »	Schlamm	40 »	20 »	28° »	12	11½	82	84
25	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	29° »	14	14	78	74
26	Eduard Anton	m.	45 »	»	45 »	20 »	28° »	12	12	78	72

30	Helene Terring	w.	41 »	»	[illegible] »	20 »	28° »	[illegible]	13	82	78
31	Eduard Anton	m.	45 »	»	50 »	20 »	28° »	12	12½	72	68
32	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	30 »	20 »	29° »	11	11¾	84	78
33	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	29° »	13	15½	76	68
34	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	28° »	14	14	70	66
35	Helene Terring	w.	41 »	»	55 »	20 »	28° »	13½	13	76	74
36	Eduard Anton	m.	45 »	»	25 »	20 »	29° »	13½	12½	66	64
37	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	35 »	20 »	29° »	11	10½	80	78
38	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	29° »	14	14	76	72
39	Eduard Anton	m.	45 »	»	30 »	20 »	29° »	12	12	70	68
40	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	29° »	13½	15	84	88
41	Jürri Tamm	m.	46 »	»	25 »	20 »	30° »	12½	16	82	84
42	Anna Slick	w.	53 »	»	40 »	20 »	28° »	14	14½	74	68
43	Kadri Sitan	w.	38 »	»	35 »	20 »	28° »	12½	12	73	78
44	Anna Slick	w.	53 »	»	50 »	20 »	28° »	13	13	72	64
45	Jürri Tamm	m.	46 »	»	30 »	20 »	30° »	12½	14	90	80
46	Kadri Sitan	w.	38 »	»	45 »	20 »	28° »	12	14	78	74
47	Jürri Tamm	m.	46 »	»	35 »	20 »	30° »	14	14¼	72	75
48	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	29° »	14	14	60	62
49	Jürri Tamm	m.	46 »	»	40 »	20 »	30° »	16	14	88	90
50	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	29° »	11	11	80	76
51	Kadri Sitan	w.	38 »	»	35 »	20 »	29° »	11½	11	82	74
52	Kadri Sitan	w.	38 »	»	45 »	20 »	29° »	11	10½	80	88
53	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	45 »	20 »	29° »	11	9½	84	76
54	Jürri Tamm	m.	46 »	»	45 »	20 »	30° »	14	13½	66	74
55	Anna Slick	w.	53 »	»	30 »	20 »	30° »	14½	14	68	72
56	Jürri Tamm	m.	46 »	»	50 »	20 »	30° »	13¾	12	78	76
57	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	30 »	20 »	30° »	11	10½	86	88
58	Kadri Sitan	w.	38 »	»	55 »	20 »	29° »	11½	11	74	72
59	Olga Lachsberg	w.	43 »	»	50 »	20 »	30° »	11	10½	86	88
60	Kadri Sitan	w.	38 »	Seewasser	—	20 »	29° »	12	11	78	76
61	Jürri Tamm	m.	46 »	»	—	20 »	29° »	15½	15	104	100
62	Anna Slick	w.	53 »	»	—	20 »	29° »	13	14	72	74

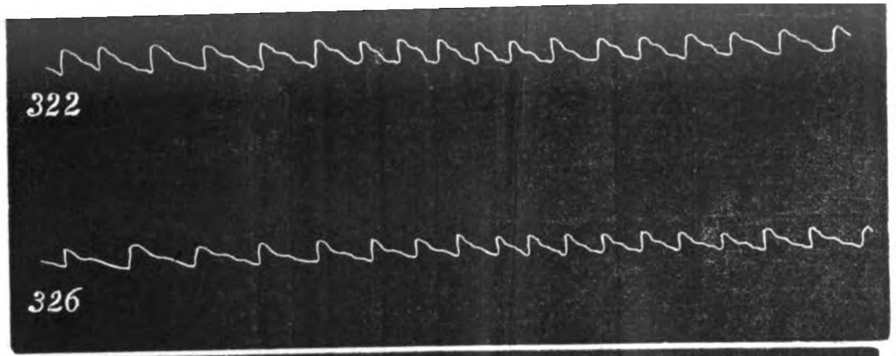


Fig. 322 und 326.
Versuch № 38.

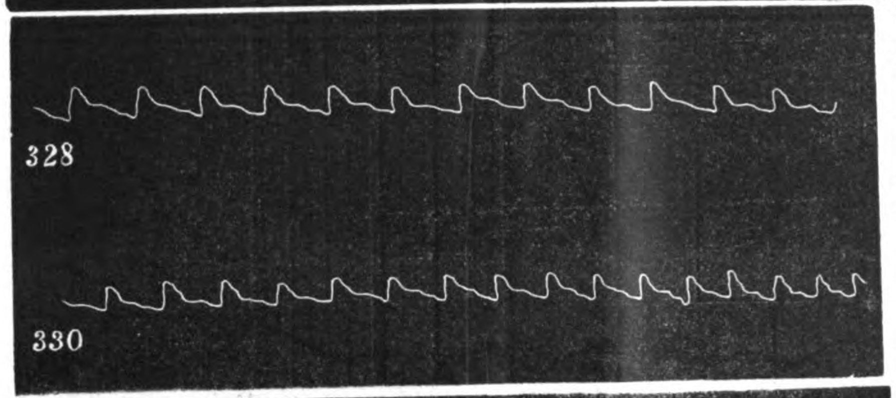


Fig. 328 und 330
Versuch № 40.

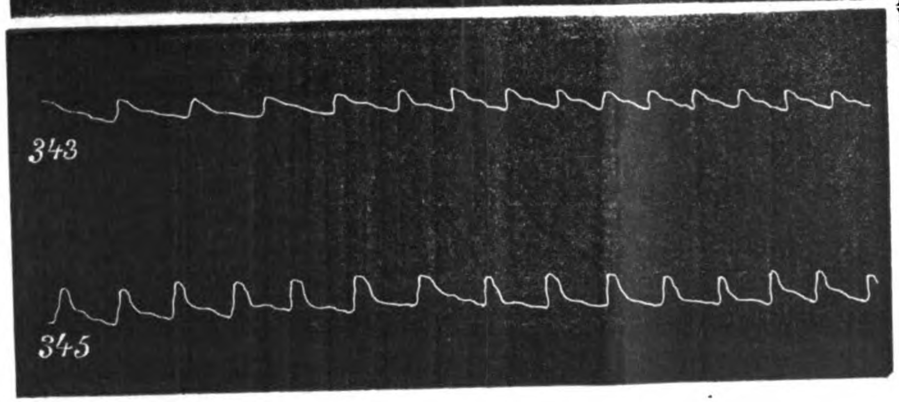


Fig. 343 und 345.
Versuch № 47.

Referate.

: zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete Augenheilkunde, mit besonderer Rücksicht auf mein-ärztliche Interessen. Herausgegeben von . A. Vossius (Giessen). (cf. diese Wochenft 1897, pg. 33 u. ff.).

'of. O. Schirmer (Greifswald): Die postdiphritischen Erkrankungen des Auges.

ntlichen postdiphtheritischen Erkrankungen treten sten Wochen nach Ablauf einer wahren, durch den chen Bacillus bedingten Diphtherie, als Folgeerscheierselben auf und verlangen zu ihrer Entstehung Anwesenheit virulenter Bacillen im Organismus; sie ır Spätwirkungen der bereits aus dem Körper genen Diphtheriebacillen dar. Daher gehört die diphe Conjunctivitis, welche im Verlaufe einer Diphtherie ens oder anderer Schleimhäute durch directe Ueberdes Virus auf die Conjunctiva entsteht, nicht hierher.

stdiphtheritischen Erkrankungen des Auges sind d Lähmungen; sie geben im Allgemeinen eine gnose. Diese Lähmungen, von denen die Accomoslähmung bei Weitem die häufigste und wichtigind bereits im vorigen Jahrhundert und zu Anfang schrieben worden; doch klärte erst Donders (1861) en der postdiphtheritischen Sehstörung als Accomohmung auf. Diese sowohl, wie die hierher gehörigen en der äussern Augenmuskeln, treten nur nach echter, öffler'sche Bacillen erzeugter Diphtherie auf, doch ist sität der letzteren dabei nicht massgebend: oft sieht were Lähmungen nach ganz abortiv verlaufener Diphuch die Localisation der Diphtherie ist dabei gleiche Lähmungen können nach Diphtherie des Rachens, , des Kehlkopfes ebensowohl wie nach diphtheritischer nach Wunden vorkommen. Schwierig ist die Frage heiden, wie oft nach abgelaufener Diphtherie die Lähauftreten; die vorhandenen Statistiken sind ungenügend. n zu einem sichern Resultat zu gelangen, müsste einer Epidemie eine möglichst grosse Anzahl geFälle systematisch in den folgenden 8 Wochen be werden — eine Forderung, die natürlich in praxi zu erfüllen ist. Jedenfalls nimmt die Accomodaähmung in der Häufigkeitsscala der postdiphtheriLähmungen die zweite Stelle, nächst der Gaumeng, ein. Sie stellt sich 1—6, meist 3 Wochen nach dener Diphtherie ein und erreicht gewöhnlich in weagen ihren höchsten Grad. Meist kommt es nicht zu Paralyse, sondern nur zu einer mehr oder weniger digen Parese der Accomodation. Die Affection ist doppelseitig und betrifft beide Augen mit gleicher In. Die Sehstörung äussert sich in erschwertem Nahes zur völligen Unmöglichkeit jeder Nahearbeit; bei Hypermmt dazu auch noch Störung des Fernsehens. Da es sich meist um Kinder handelt, diese aber in der Regel Hyperd, so ist es verständlich, dass man diese Sehstörung, so an ihr Wesen nicht kannte, als «Amblyopie» auffasste. Der r Beschwerden wird natürlich je nach dem Refractionszue der Augen ein verschiedener sein: sie sind um so cher, je höher die Hyperopie ist, und kommen bei stär Myopie überhaupt nicht zur Geltung. Viele Fälle werwiss auch übersehen, solange die reconvalescenten Kinder die Schule besuchen, also nicht zur Nahearbeit gezwunind. Daher ist auch die Zahl der zur Beobachtung komn Paresen nicht ohne Weiteres statistisch zu verwerthen. auer der Lähmung wechselt von wenigen bis zu einigen ten, und beträgt im Mittel 4 Wochen. Die Prognose ist aus gut; eine specielle Therapie der Augen, ausser allgekräftigendem Regime, nicht erforderlich. Eserin hat n Einfluss auf den Verlauf der Lähmung, Brillen braufür die Dauer ihres Bestehens nicht verordnet zu wer- Die Pupillen verhalten sich dabei in der Regel ganz al, doch wird zuweilen auch träge Reaction und leichte terung derselben beobachtet. Häufig ist die Complicamit anderen postdiphtheritischen Lähmungen, besonders Gaumenlähmung.

el seltner als die Accomodationslähmung sind postdiphtische Lähmungen der äussern Augenmuskeln; häufigsten ist noch die Abducensparese; nach den vorlenen Statistiken soll auf etwa 10 Accomodationslähmuneine Abducenslähmung kommen. Dieselbe ist gleichfalls er Regel doppelseitig, kann mit oder ohne gleichzeitige omodationsparese auftreten und ist auch im ersteren Falle ihrem zeitlichen Verlaufe von dieser unabhängig. Noch ener sind Lähmungen des Oculomotorius und Trochlearis. besonderem theoretischem Interesse sind die sehr seltenen le von doppelseitiger vollständiger exteriorer Ophthalmoplegie, d. h. Lähmung aller äussern Augenmuskeln beider Augen. Bisher sind 3 derartige Fälle beschrieben worden (Ewetzky, Uhthoff, Mendel). Diese Ophthalmoplegien sind gleichfalls unabhängig von der Accomodationslähmung, welche dabei vorhanden sein oder auch fehlen kann. Von den 3 Fällen verliefen 2 günstig, der dritte letal in Folge Respirationslähmung. Ob es auch eine postdiphtheritische Lähmung des Trigeminus giebt, ist noch zweifelhaft.

Anatomisch sind bisher, als Substrat der postdiphtheritischen Lähmungen, nachgewiesen: 1) Periphere Neuritis, parenchymatös und interstitiell, mit Kernvermehrung im interstitiellen Bindegewebe und Degeneration der Markscheiden und Axencylinder. 2) Embolien, Thrombosen und Blutungen in den Centralorganen, insbesondere in den Kernregionen der betroffenen Nerven. 3) Veränderungen in den gelähmten Muskeln in Form von interstitieller und parenchymatöser Myositis. Entsprechend der Verschiedenheit der anatomischen Befunde gehen denn auch die Meinungen der Autoren über die anatomischen Ursachen der postdiphtheritischen Lähmungen weit auseinander; die Einen verlegen die Läsion in den Nervenstamm, die Andern in das Centralorgan, noch Andere in den Muskel. Für die oben erwähnten Ophthalmoplegien muss unbedingt eine centrale und zwar nucleäre Ursache angenommen werden; in dem letal verlaufenen Falle fand Mendel auch thatsächlich Blutungen im Oculomotoriuskern. Als anatomische Grundlage der Accomodationslähmung kann weder eine centrale Läsion noch auch eine solche des Oculomotoriusstammes angenommen werden; dass der Ciliarmuskel selbst nicht gelähmt ist, beweist seine prompte Reaction auf Eserin; so werden wir per exclusionem eine periphere Neuritis in den Ciliarnerven immerhin als das Wahrscheinlichste gelten lassen müssen. Ob die Abducenslähmung ihre Ursache in einer Neuritis oder in einer Entzündung des Muskels selbst hat, ist noch nicht entschieden; wahrscheinlich kann beides gleichzeitig statthaben. Die allen diesen Lähmungen zu Grunde liegenden Veränderungen: Entzündungen der Nerven und Muskeln, Alterationen der Gefässwandungen — sind fraglos auf die Wirkung der im Körper circulirenden Toxine zurückzuführen. Es scheint, dass diese grade an den Elementen des Nervensystems und an den Gefässwandungen besonders leicht ihre schädlichen Einwirkungen äussern. Dass die postdiphtheritischen Lähmungen bei Serumbehandlung nicht seltener werden ist verständlich, da die Antitoxine des Serums nach neueren Untersuchungen (Houk) die Toxine nicht direct chemisch paralysiren.

Von sonstigen postdiphtheritischen Augenerkrankungen ist noch die Entzündung des Sehnerven zu erwähnen, die in vereinzelten Fällen sowohl als einfache, ophthalmoskopisch sichtbare Neuritis optica wie auch als retrobulbäre Neuritis beschrieben worden ist. Eine ganz leichte Neuroretinitis will Nagel öfters gleichzeitig mit Accomodationslähmung beobachtet haben. Endlich sind in der Literatur 2 Fälle von Entzündung des Orbitalgewebes verzeichnet; es ist nicht entschieden ob diese durch Diphtheriebacillen oder durch pyogene Mikroorganismen hervorgerufen war.

(Der vorliegenden Arbeit, die angesichts der gegenwärtig bei uns herrschenden Diphtheritis-Epidemie manchem Collegen willkommen sein wird, ist ein ausführliches Literaturverzeichniss von 64 Nummern beigefügt). Blessig.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kalender für Frauen- und Kinderärzte von Dr. Eichholz und Dr. Sonnenberger pro 1898. Kreuznach. Verlag von F. Harrach.

Der Kalender enthält einige kurzgefasste Originalartikel und zwar: L. Kleinwächter: Das Verhalten des practischen Gynaecologen gegenüber Adnexerkrankungen, Blumenthal: pathologische Genitalsecrete und ihre Behandlung, Sonnenberger: Die Behandlung der wichtigsten äusseren Augenkrankheiten im Kindesalter, Latzko: Diagnose und Therapie der Osteomalacie, Gärtner: Ueber die Erfolge der Fettmilchernährung bei gesunden Säuglingen und einige andere Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauen- und Kinderheilkunde.

Jeder dieser kurzgefassten lesenswerthen Artikel bringt in knapper Form einen kurzen Ueberblick über ein gewisses Gebiet oder behandelt eine specielle Frage nach dem neuesten Stand der Wissenschaft. Eine willkommene Zugabe bildet eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Heilmittel der Frauen- und Kinderpraxis von Dr. Kühler. Dann folgt ein Verzeichniss empfehlenswerther Kur- und Heilanstalten, die Angabe des Gewichtes und Maasses des Kindes, der Becken-

maasse der Frau etc. Dem kleinen Bändchen ist in loser Anheftung ein Kalendarium hinzugefügt.

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

628. Sitzung, am 28. October 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Henking.

1) Herr Hörschelmann stellt dem Verein ein $2^3/_4$-monatliches Kind mit angeborenem Herzfehler vor. Das Kindchen wurde, als erstes Kind gesunder junger Eltern, am 1. August 1897 geboren, war nicht asphyctisch, aber sehr klein und schlecht genährt, nahm 4 Stunden nach der Geburt gut die Brust. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. In den Familien der Eltern sind keine Herz- oder anderseitige Bildungsfehler vorgekommen. Das Kind leidet häufig an Dyspepsien, ist überhaupt unruhig und nimmt scheinbar an Gewicht garnicht zu. Am 26. October wegen arger Unruhe und Verdauungsstörungen hinzugezogen, sah Ref. das Kind und fand Folgendes: Ernährung schwach, Hautfarbe blass, gelblich, Bewegungen lebhaft, Stimme kräftig. Milz stark vergrössert, hart, die übrigen Organe bis auf's Herz normal. Herzgrenzen nach rechts und links normal, nach oben bis zum 2. linken Intercostalraum. Beim Auscultiren hört man ein sehr lautes, systolisches Blasen, am stärksten zwischen Mamilla und linkem Sternalrand im 4. und 3. Intercostalraum. Das Geräusch auch auf dem Sternum sehr laut, schwächer werdend nach rechts, zur Herzbasis und zur Spitze zu. Die Herztöne, so weit sie nicht durch's Geräusch verdeckt werden, sind rein. Kein Schwirren, Spitzenstoss nicht zu fühlen, Herzgegend nicht hervorgewölbt. Keine ausgesprochene Cyanose, Lippen roth vielleicht etwas in's Livide spielend; beim Schreien wollen die Eltern in der letzten Zeit eine leichte Blaufärbung des Gesichts beobachtet haben. Geräusch am Rücken nicht zu hören.

Anknüpfend an diese Demonstration spricht Ref. über die angeborenen Lungenarterienstenosen nach ihrer genetischen, anatomischen und klinischen Bedeutung hin und berichtet über einen zweiten einschlägigen Fall, den er in seiner Anstalt (Ammen- und Kinderasyl des Grafen Kuscheleff-Besborodko) bis zum Tod zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um einen Fall der 2. Kategorie der von Kussmaul aufgestellten Eintheilung der Pulmonalstenosen, nämlich um eine einfache Stenose der Lungenarterienbase mit offenem Kammerseptum. Pat. geboren den 9. April 1892, wurde den 30. Mai in die Anstalt aufgenommen und gedieh bis zum October sehr gut (Gewicht am 2. Juni 3610 gr., am 5. October 6380 gr.), sah frisch und gesund aus, schrie nur viel, wie es schien, ohne besonderer Veranlassung. Vom 21 Juni bis 1 Juli fieberhafte Erkrankung (Ref. war den Sommer über im Ausland). Temperatur stieg bis 39,5, erreichte jedoch nur 4 mal 39,0, war sonst nur 38,5—38,7. Von Juli an wieder munter. Von Anfang October an traten Anfälle von Unruhe auf mit cyanotischer Verfärbung der Schleimhäute. Die Untersuchung des Herzens (bis dahin wegen des Schreien's unmöglich) ergab normale Grenzen, ein starkes blasendes systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen, am lautesten an der Spitze. Kein Schwirren, Spitzenstoss nicht zu fühlen. Diese Anfälle dauerten in der ersten Zeit nicht lange, hörte Pat. zu schreien auf, so schwand auch die Cyanose vollständig. Temperatur normal, der Puls c. 120, Resp. während der Anfälle c. 60, sonst nur 40. Mit der Zeit nahmen Häufigkeit und Stärke der Anfälle zu, die Cyanose schwand nicht so schnell, vom 9. November Cyanose permanent, vom 25. November Vergrösserung des Herzens nach rechts zu constatiren. Geräusch immer am lautesten in der Gegend der Herzspitze, lauter am linken als am rechten Sternalrand, am Rücken nicht zu hören. Die Anfälle häufen sich, Cyanose nimmt zu, vom 27. November ausgesprochenes Cheyne-Stokes Athmen, jedoch nicht anhaltend. Anfang December Gesichtsfarbe fast grau, Lippen und Fingerkuppen livid, Saugen gestört durch die Anfälle, beständige Gewichtsabnahme und Zunahme der Schwäche. Unter zunehmender Herzinsufficienz Tod am 28. Januar 1893.

Section: Herz ziemlich flach und breit, Länge 5 Ctm., Breite 5,2 Dicke 3,0 Umfang 14,0 Umfang des rechten Herzens 7,5, des linken 6,5. Die Aorta liegt fast ganz neben und rechts von der Pulmonalis, nur sehr wenig hinter derselben, steigt fast senkrecht nach oben, um dann scharf, fast im rechten Winkel nach links zu biegen. Der Hohlraum des rechten Ventrikel's sehr klein, die Kammerwände waren hypertrophisch, namentlich die innere Wand; der conus arter. im höchsten Grade stenosirt in Folge von zum Theil starker musculärer Hypertrophie, zum Theil von narbigen, schwieligen Verdickungen des Endocard's; auch die vordere Tricuspidalklappe stark schwielig verdickt, ebenso die Semilunarklappen der Pulmonalis, von welchen die vordere und die linke zu einer verschmolzen sind. Beide Ventrikel communiciren durch einen weiten Septumdefect, die Aorta entspringt aus beiden Ventrikeln; auch die linken Kammerwände sind hypertrophisch. Dicke der Wand des rechten Ventrikels oben 0,8, in der Mitte 0.6, unten 0,4, zum Sept. ventric. zu und an der Spitze 1,8 Ctm., die des linken Ventrikels oben 0,9, in der Mitte 0,9, unten 0,6, der conus arteriosus kaum für einen Federkiel durchgängig. (Demonstration des Präparat's).

Verhältnissmässig spät, d. h. nach 6 Monaten trat in diesem Fall die Cyanose auf (nach Stölker unter 57 Fällen 32 mal bei oder gleich nach der Geburt), ebenso fehlte die allgemein angenommene Trägheit und Schwäche der Bewegungen, sowie Neigung zur Abkühlung der Haut. Auffallend war es auch, dass das blasende Geräusch immer am lautesten an der Herzspitze war. Der Herzfehler stammt wohl aus der frühsten Embryonalzeit, Ende des 2. Monats, die Stenose war zuerst keine hochgradige, wurde zu einer solchen erst nach der im Juni statt gehabten, wohl als Endocarditis aufzufassenden acuten Erkrankung, in deren Folge dann allmälich die Anfälle von Dyspnoe mit zunehmender Cyanose (zunehmende Insufficienz des Herzmuskels) auftraten. Die Lebensdauer des Pat. verhältnissmässig kurz (nach Kussmaul und Rauchfuss in 81 Fällen 14 mal das 1. Lebensjahr 16 mal das 1—5., 22 mal das 5—10., 19 mal das 10—20., 10 mal das 20—30).

Da das dem Verein vorgestellte Kindchen seit der Geburt nicht ernstlich erkrankt ist, handelt es sich bei ihm um einen angeborenen Herzfehler und spricht Ref. sich, gestützt auf den Befund am Herzen und den allgemeinen Zustand des Kindes sowie auch die mitgetheilte Krankheitsgeschichte auch in diesem Fall für das Vorhandensein einer angeborenen Stenose der Lungenarterienbase aus.

Autoreferat.

2) Herr Anders demonstrirt einen von Dr. Huhn erfundenen Apparat zur Vereinfachung und Vervollkommung der bei der Calotschen Operation in Anwendung kommenden Manipulationen. Derselbe ist vom Referenten unter den 18 von ihm ausgeführten Operationen 10 Mal gebraucht worden und hat ihm vortreffliche Dienste geleistet.

Die Grundprincipien, auf welche das Calot'sche procedere zurückzuführen, sind Distraction, Druck und Retroflexion. Diese wurden bisher ausschliesslich durch die Kraft vieler anfassenden Arme erfüllt. Die lebende Kraft des wirkenden Zuges konnte indessen nie bemessen, regulirt und dosirt werden. — Die neuen Gesichtspunkte des Calot'schen Verfahrens, welche eine vorsichtigere geringere Kraftanwendung erfordern, verlangen um so dringender eine Dosirung der distrahirenden Kräfte. Die, die Distraction ausübenden Arme der Assistenten, sind hier durch genau gearbeitete Schrauben ersetzt. Der Zug an den unteren Extremitäten und am Becken wird durch die Lorenz'sche Drehschraube vermittelt. Am Kopfenden wirkt ein kleineres analoges Schraubengewinde. Der Kopf des Patienten wird vorher eingegypst und in dem Gypsverbande Haken eingeschaltet, an welchen der Zug am Kopfende angebracht ist. Jede Umwendung einer Schraube entspricht $1^1/_2$ mm. Distraction. Eine genaue Beschreibung und Abbildung des Apparates erscheint demnächst in der «Больничная газета Боткина». — Die Bedeutung des Apparates ist in folgende Gesichtspunkte zusammenzufassen. — Zunächst findet eine Emancipation von den vielen Hülfskräften, nach früherem Muster 5—6 Assistenten, durch denselben statt. Der Operateur bedarf nur einer geringen Hülfeleistung für das Angreifen der Schrauben, wenn das Kind einmal in den Apparat gebracht ist. Mit den Fingern den Gibbus controllirend wird es ferner dem Operirenden möglich, vorsichtig die anzuwendende Kraft durch Umdrehung der Schrauben zu dosiren. Einer der grössten Vorzüge des Apparates besteht weiter in dem Umstande, dass das Kind nach ausgeführtem Redressement in der gewonnenen Stellung und Configuration des Rückens bis zur Vollendung des fixirenden Verbandes verweilt. Es werden so eine Menge unnützer Insulte durch die früher unvermeidliche Veränderung der Lage des Patienten vermieden. Durch die ruhige Fixation des Patienten wird hierbei die Vermeidung einer Narkose ermöglicht. Das ganze Vorgehen zerfällt in 2 Akte.

1. In den Akt der Distraction plus Druck auf den Gibbus, — 2. den der fortgesetzten Distraction plus Reclination. — Der Zug wird durch die Schraubenwirkung vermittelt, der sanfte Druck auf den Gibbus durch die Hand, resp. Finger des Operateurs, die Reclination kommt in folgender Weise zu stande: Ist das Redressement ausgeführt, so wird die gestreckte Wirbelsäule in ihrer Mitte gegen ein Metallbrettchen, dem das Kind mit dem unteren Brust- und oberen Bauchabschnitt aufliegt, mittelst einer Gypsbinde fixirt. Jetzt werden während der Zug weiterwirkt, der Kopf einerseits, Becken und untere Extremitäten andererseits durch eine passende Vorrichtung gehoben. Hierdurch kommt die Retroflexion der Wirbelsäule zu Stande.

In dieser Lage wird dann der Verband vollendet. Das Metallbrettchen verbleibt mit seinem Stift, an welchem es durch eine Schraube an den Tisch fixirt war, im Verbande. Das Kind wird jetzt aus dem Apparat genommen und das metallene Stützbrettchen mittelst eines Messers herausgeschnitten, wodurch das von Calot verlangte Fenster an Brust und Bauch für die Erleichterung der Respiration erscheint.

Herr Anders demonstrirt den Apparate und zeigt seine Anwendung an einem gesunden Kinde.

(Autoreferat).

3. Herr Horn: spricht über «Klumpfussbehandlung» Der ausgesprochene Zweck meines heutigen Vortrages ist, Propaganda zu machen für die Schonung des Fussskelets beim Klumpfuss, sowohl beim congenitalen, als beim erworbenen, gleichgültig welchen Alters und welchen Grades.

Vor einigen Jahren sprach ich hier in der Gesellschaft die Ueberzeugung aus, dass die Zeit kommen werde, wo man Klumpfüsse überhaupt nicht mehr blutig operiren werde. Diese Zeit ist rascher gekommen, als ich damals ahnte, seit 1½ Jahren operire ich Klumpfüsse nur noch nach der Methode von Lorenz.

Ich bin heute in der Lage, Ihnen an einigen Patienten die Resultate dieser Behandlung zu zeigen. Leider ist es mir nicht gelungen, ein grösseres Material zusammen zu bringen, die älteren Fälle sind mir wegen der grossen Entfernung ihres Wohnorts nicht zugänglich gewesen. Erlauben Sie mir jetzt, Ihnen zuerst die Patienten vorzustellen, um dieselben rasch entlassen zu können.

Der erste Fall, ped. var. cong., ist ein 17-jähriger junger Mann, der seit seiner Geburt mit Apparaten behandelt worden ist. Mit welchem Erfolge zeigt Ihnen der Gypsabguss des einen Fusses. Der linke Fuss wurde am 11. der rechte am 21. Mai dieses Jahres operirt. Wegen vorauszusehender hochgradiger Schwellung fixirte ich das gewonnene Resultat erst am 28. Mai durch den Gypsverband. Die beiden ersten Tage nach der Operation trat leichte Temperatursteigerung ein. Den 31. Mai machte Patient die ersten Gehversuche im Gypsverbande und war von da ab möglichst viel auf den Füssen. Den letzten Gypsverband legte ich am 31. August an, entfernte ihn aber schon am 8. September. Seitdem trägt Patient gewöhnliche Schnürstiefel mit etwas erhöhtem äusserem Sohlenrande und in der Nacht leichte Lederhülsen, um den Fuss in Dorsalflexion und Valgusstellung zu erhalten. Besonderer Verhältnisse wegen konnte die Nachbehandlung, um die atrophische Muskulatur zu kräftigen, erst heute angefangen werden. Den Anforderungen, die wir an einen geheilten Klumpfuss stellen, genügt Patient daher nicht ganz. Er kann wohl die Füsse in mehr als rechtem Winkel dorsal flectiren, ist aber nicht im Stande, bei — auf dem Boden voll aufliegenden Fusssohlen, sich niederzukauern. Auch das Stehen auf den Fussspitzen ist noch recht mangelhaft. Es ist das aber in kurzer Zeit zu erreichen; nach 1—2 Monaten energischer Nachbehandlung wird alles in Ordnung sein. Die Korrection ist fast zu gut ausgefallen, der Herr verfügt jetzt, wie Sie sehen, über 2 veritable pedes valgi. Es wird vielleicht nöthig sein, ihm Hoffasche Plattfusssohlen zu verordnen.

Nr. 2 auch ped. vari cong., 6-jähriges Mädchen, war ein so starrer unnachgiebiger Klumpfuss, wie man ihn in solchem Alter selten findet. Der Zustand des Kindes war ein kläglicher; die Fortbewegung konnte nur dadurch bewerkstelligt werden, dass der eine Fuss in einer Kreisbewegung sich um den anderen schlang. Bild und Abgüsse zeigen Ihnen auch, wie stark entwickelt die Schwielen an beiden Füssen waren. Die Operation fand am 12. Juni dieses Jahres statt.

Der 3. Fall, 2 Jahre altes Mädchen, dessen Gypsabguss ich Ihnen hier herumgebe, bot nichts Besonderes und war verhältnissmässig leicht zu redressiren. Ebenfalls pes. var. cong., Operation 19. Juli. Das Kind läuft munter in seinem Gypsstiefel herum.

4) Mädchen von 4 Jahren, pes. ver. paralyt., Operation 31. August.

Der 5. und 6. Fall, 6 Jahre und 1 Jahr 5 Monate, bieten ebenfalls, wie Sie an den Abgüssen sehen, typische ped. var. cong., Operationen 28. September und 5. October dieses Jahres.

Gestatten Sie mir nun einige Worte zur historischen Entwicklung des Verfahrens. Sie wissen, dass neben der grossen Menge von blutigen Operationen, die das Skelet des Klumpfusses mit Resectionen und Enucleationen angriffen, stets das Bestreben geherrscht hat, in weniger eingreifender Weise die Korrection zu erreichen. Die Heftpflasterverbände an den Füssen Neugeborener, die Phelpssche Operation, die Modification derselben von Bessel-Hagen haben diesen Zweck im Auge gehabt. Dann das Redressement nach König mit der nicht unwichtigen Verbesserung von Schulz.

Es waren das alles Stationen auf dem Wege, das Endziel wurde aber erst von Lorenz erreicht. Er lehrte, die Komponenten des Klumpfusses streng von einander zu trennen und jede einzeln für sich in Angriff zu nehmen. Ich sage nicht, dass die den Klumpfuss bildenden einzelnen Komponenten nicht auch schon vor Lorenz bekannt waren, so streng methodisch geschieden hat sie aber Keiner vor ihm; pes adductus, inflexus, equinus, supinatus. Ein wichtiges Unterstützungsmittel zur Ausdehnung seiner Methode auch auf ältere Kinder und überhaupt auf alle Klumpfüsse jeden Alters und Grades bot ihm sein Osteoklast. Die Redression des Klumpfusses bei Kinder bis zu 6, auch 8 Jahren gelingt verhältnissmässig leicht, auch auf bloss manuellem Wege. Bei veralteten Klumpfüssen musste aber unbedingt maschinelle Kraft zur Verwendung kommen, um die Redression in einer einzigen Sitzung gelingen zu lassen. Wolff, König und Schulz haben ja auch selbst hochgradige Klumpfüsse geheilt, sie hatten aber alle mit drohendem Decubitus zu kämpfen.

Bei dem Lorenz'schen Verfahren ist decubitus überhaupt ausgeschlossen, während er bei den anderen Methoden fast bei jedem starren Klumpfuss Erwachsener zu erwarten war. Decubitus des Klumpfusses wird nach der Methode Lorenz dadurch verhütet, dass die Federkraft des Fusses vollständig vernichtet und aufgehoben wird durch immer und immer wieder erneute Angriffe gegen die starre, fehlerhafte Stellung. Der Fuss muss nach gelungener Redression vollständig schlaff, ohne den geringsten Widerstand entgegen zu setzen, dem Drucke selbst eines einzigen Fingers nachgeben. Hierin liegt das grosse, unantastbare Verdienst Lorenz's, dass er uns gelehrt hat, diese Federkraft des Fusses richtig zu beurtheilen und in einer einzigen Sitzung zu vernichten. Die Wolff'schen Etappenverbände, die Redression nach König und Schulze sind nie von diesem Gesichtspunkte ausgegangen. Gegen die starre, in die fehlerhafte Stellung zurückschnellende Kraft des Klumpfusses wurde die starre des Gypsverbandes gesetzt. Gewalt gegen Gewalt, das Resultat konnte nur decubitus sein. — Eben so wenig wie Decubitus kann bei dem Verfahren nach Lorenz ein Recidiv eintreten; Recidiv beim Klumpfuss ist immer die nothwendige Folge des mangelhaften Redressements. Der Operateur hat in dem Falle sich mit halbem Resultate begnügt und sich getröstet, dass die Nachbehandlung wohl noch alles gut machen werde.

Lorenz selbst meint, dass die von ihm gewählte Bezeichnung — modellirendes Redressement des Klumpfusses — nicht ganz zutreffend sei, ich muss aber sagen, dass kein Wort das Wesen der Sache so gut wiedergiebt, wie der Ausdruck — modelliren. Der Operateur hat wirklich das Gefühl, als ob er mit weichem, nachgiebigem Thon arbeite. — Das Instrumentarium ist ein höchst einfaches, es besteht bei Kindern bis zu 6 und 8 Jahren aus dem Keil, den ich Ihnen hier zeige, oder einem prall gestopften Sandsacke und dem Tenotom, bei älteren Kindern tritt dann an Stelle des Keils der Osteoklast.

Ich habe Ihnen hier neben dem Lorenz'schen auch den in einiger Hinsicht verbesserten Stille'schen Osteoklasten mitgebracht und erlaube mir, Ihnen hier das Verfahren zu zeigen. Die Komponenten des Klumpfusses werden, wie Sie hier sehen, jede einzeln für sich redressirt und das gewonnene Resultat dann in einem Schlussredressement, wie Lorenz sagt, zusammengefasst. Nun noch einige Worte über die Tenotomie der Achillessehne und das Herabholen des Fersenhöckers.

Die Tenotomie der Achillessehne wird gewöhnlich als kleine, höchst unbedeutende Operation betrachtet, ich muss für meinen Theil gestehen, dass diese unscheinbare Operation bei dem Fettpolster gut genährter Säuglinge nicht so ganz einfach ist, vorausgesetzt, dass man sich nicht nur an dem Hineinbringen und Herausholen des Tenotoms genügen lässt. Ich stimme hierin Lorenz vollkommen bei, wenn er meint, dass keine Operation so häufig unvollendet bleibe, wie die Tenotomie der Achillessehne. Bei der Redression der Equinus-Komponente ist die Tenotomie nur ein vorbereitender Act, die Herabholung des Fersenhöckers aber die Hauptsache. Ohne die Herabholung des Fersenhöckers ist die Tenotomie nutzlos. Zum Herabholen des Fersenhöckers räth Lorenz, denselben mit den 5 Fingern der rechten Hand zu umklammern, während die Hohlhand auf der Planta des Fusses liegt. Ich habe gefunden, dass die Finger bei dieser Arbeit rasch erlahmen und benutze den Ballen der rechten Hand zum Hinabschieben des Fersenhöckers, während die linke Hand die Fusssohle mit aller Gewalt nach oben drückt. Vorausgesetzt ist hier die Bauchlage des Patienten.

Das gewonnene Resultat kann bei Kindern bis zu 2 und 3 Jahren sofort durch einen Gypsverband fixirt werden, wenn man nur die Vorsicht beobachtet, diesen der ganzen Länge nach zu spalten, oder noch besser, einen Streifen aus ihm heraus zu schneiden, um der nothwendigerweise eintretenden Schwellung des Fusses Luft zu schaffen. Bei veralteten Klumpfüssen darf wegen der Schwellung, die einen ganz colossalen Grad erreichen kann, vorerst an keinen starren Verband gedacht werden. Eine ganz leichte Einwickelung

mit weichen Binden muss bis zum Abschwellen des Fusses genügen. Die grosse Leichtigkeit der Redression macht es gleichgültig, wann diese bei den Neugeborenen vorgenommen wird. Man kann ruhig bis zu dem Zeitpunkt warten, wo die Kinder anfangen zu gehen. Ich schiebe die Operation, so weit es von mir abhängt, gern bis zu dem eben erwähnten Zeitpunkt hinaus; es ist durchaus kein leichtes Stück Arbeit, den dicken Fuss Neugeborener in einem Gypsverbande zu fassen. Ich spreche hier natürlich von einem Gypsverbande, wie er sein soll, nicht von den klobigen, kugeligen Ungethümen, wie man sie gewönlich zu Gesicht bekommt. Lorenz nennt mit Recht den Verband am Fusse Neugeborener das Kabinetstück der Gypstechnik. Ausserdem ist es bei ganz kleinen Kindern recht schwierig, den Verband vor Durchnässung und Beschmutzung und die Haut dabei vor Excoriationen zu schützen.

Durchschnittlich lauten die Patienten, selbst wenn sie an beiden Füssen operirt sind, schon nach einigen Tagen munter herum. Die Schmerzen sind ja bei veralteten Klumpfüssen in den ersten 2—3 Tagen ziemlich starke und müssen eventuell durch Morphiumgaben gestillt werden. Ich persönlich bin in den meisten Fällen ohne derartige Mittel ausgekommen. Die Nachbehandlung nach Abnahme des Gypsverbandes, die je nach dem einzelnen Fall in 4—5 Monaten erfolgen kann, richtet sich gegen die Atrophie der Muskulatur und die Starrheit der Gelenke und besteht in Massage, Elektricität, passiven und activen Bewegungen und möglichst vielem Stehen und Gehen. Functionelle Orthopädie.

Wie Sie sehen, ist mein Material, das ich Ihnen vorführen konnte, ein verhältnissmässig kleines, die Zeit nach der Operation eine kurze und vorsichtige Zweifler könnten ja mal an Recidive denken. Nun, meine Herren, ich glaube, der erste Fall, den ich Ihnen hier vorgestellt habe, muss jeden Widerspruch zum Schweigen bringen. Gern hätte ich Ihnen ja ältere Fälle, seit Jahren ohne Recidive bestehende, vorgeführt und deshalb noch längere Zeit mit meinem Vortrag gewartet, der gute Zweck muss aber die Mangelhaftigkeit des Materials decken und entschuldigen.

Noch jetzt werden Keilresectionen und Enucleationen vorgenommen, trotz dem die Arbeit von Lorenz schon 95 erschienen ist. Noch auf der diesjährigen Versammlung von Naturforschern und Aerzten in Braunschweig wurde ein so genanntes gutes Resultat nach Talus-Resection mit Stolz vorgeführt. Lorenz redressirte den anderen, noch nicht durch die Resection verunstalteten Fuss des Patienten in derselben Versammlung in spielender Weise nach seiner Methode. — Ich glaube nicht zu kühn zu sein, wenn ich hier zum Schlusse mit Lorenz die Ueberzeugung ausspreche, dass das Resectionsmesser bei der Heilung des Klumpfusses seine Rolle endgültig ausgespielt hat.

(Autoreferat).

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Wie aus Moskau telegraphisch gemeldet wird, ist daselbst der bekannte Kliniker, Prof. emer. der Moskauer Universität, Geheimrath Sacharjin am 23. December an Gehirnapoplexie verschieden.

— Der Militär-Medicinalinspector des St. Petersburger Militärbezirks, Geheimrath Dr. Enkhof ist auf sein Ersuchen der von ihm gleichfalls bekleideten Stellungen eines Mitglieds des medico-philantropischen Comités und des medicinischen Curators des Admiralitätstadttheils in St. Petersburg enthoben worden.

— Der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Beljarminow ist zum ordentlichen Professor an der genannten Academie ernannt worden.

— Verstorben: 1) In Warschau Dr. Stanislaus Kryssinski im 51. Lebensjahre. Der Hingeschiedene widmete sich erst spät dem Studium als Magister der physikomathematischen Facultät dem Studium der Medicin und erlangte im Jahre 1886 den Arztgrad in Warschau. Er lebte lange Zeit im Auslande und hat eine ganze Reihe von Arbeiten über medicinische Chemie und Physik veröffentlicht. 2) In Lublin der Eisenbahnarzt Johann Ssawicki im Alter von 42 Jahren.

— Der langjährige ältere Ordinator am Rigaschen Militärhospital Dr. J. Subkowski ist zum Oberarzt des Militärlazareths in Krementschug ernannt worden.

— Dem Privatdocenten für innere Medicin an der Breslauer Universität, Dr. Richard Stern, ist der Professortitel verliehen worden.

— Am 18. December beging die hiesige militär-medicinische Academie ihren 99. Stiftungstag. Die Festrede hielt Prof. Bechterew über das Thema «die Rolle der Suggestion im öffentlichen Leben». Sodann verlas der gelehrte Secretär der Academie Prof. Dianin den Jahresbericht, welchem wir nachstehend einige Daten entnehmen. Die Zahl der Studenten betrug 724, dazu kamen noch 8 freie Zuhörer. Die Academie zählt gegenwärtig 21 Ehrenmitglieder und 7 correspondirende Mitglieder. Das Lehrpersonal besteht aus 22 ordentlichen und 12 ausserordentlichen Professoren, 11 Prosectoren, 3 Laboranten, 9 Assistenten, 83 Privatdocenten. 133 Studenten erhielten nach bestandenem Examen das Arztdiplom, darunter 28 eximia cum laude. Für die Lösung von Preisaufgaben wurden den Studenten Konassewitsch und Diez, goldene Medaillen und dem Arzt Kudrjawzew das Diplom einer goldenen Medaille zuerkannt.

— Wie wir der soeben uns zugegangenen ersten Nummer des neuen Jahrganges der Berliner Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung» entnehmen ist in die Redaction dieser Zeitung Dr. Theodor v. Lohnstein, welcher schon seit längerer Zeit ständiger Mitarbeiter derselben war, eingetreten. Es zeichnen somit jetzt als Redacteure dieser Zeitung Dr. Hugo Lohnstein und Dr. Theodor Lohnstein.

— Im Verlage von Gustav Fischer in Jena erscheint mit dem Beginn des Jahres 1898 eine neue Zeitschrift «Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie» unter der Redaction des Wiener Privatdocenten Dr. Hermann Schlesiger.

— Die Prüfungen zur Erlangung der Würde eines Zahnarztes beginnen an der militär-medicinischen Academie im Februar 1898 gleich nach der Entlassung der Abiturienten der hiesigen zahnärztlichen Schule. Zu diesen Prüfungen werden nur diejenigen Absolventen (männlichen und weiblichen Geschlechts) der genannten Schule zugelassen, welche das Zeugniss über Absolvirung von 6 Classen eines Gymnasiums oder einer anderen mittleren Lehranstalt beibringen können.

— Auf Allerhöchsten Befehl sind zum Bau des Convicts für das weibliche medicinische Institut aus der Reichsrentei 100,000 angewiesen worden.

— Mit der auf dem Congress der Syphilidologen angeregten Frage der Bekämpfung der Syphilis durch Belehrung in öffentlichen Vorträgen beschäftigen sich hier gegenwärtig sowohl die Gesellschaft zur Bekämpfung von Infectionskrankheiten als auch die russische syphilidologische Gesellschaft. Letztere hat bereits ein Programm für derartige populäre Vorlesungen von einer Commission ausarbeiten lassen.

— Wie einige Tagesblätter melden, ist der hiesige Arzt Dr. Pantschenko beim Ministerium des Innern mit einem Gesuch um die Concession zur Eröffnung einer organotherapeutischen Heilanstalt eingekommen.

— An dem Rigaschen Stadtkrankenhause, welches über 650 Krankenbetten verfügt, soll wie das «Rigaer Tageblatt» berichtet, mit dem Beginn des neuen Jahres die Stelle eines vierten jüngeren Assistenzarztes creirt werden, welcher bei freier Wohnung und Beköstigung eine Gage von 300 Rbl. jährlich beziehen wird. Zugleich soll auch ein Masseur am Krankenhause mit 200 Rbl. Gehalt angestellt werden. Das Gehalt des Ordinators der I. therapeutischen Abtheilung soll von 720 Rbl. auf 1200 Rbl. erhöht werden und damit dem Gehalt des Ordinators der I. chirurgischen Abtheilung gleichgestellt werden. Das ärztliche Personal des Stadtkrankenhauses wird somit vom nächsten Jahre ab aus 18 Aerzten bestehen und zwar: aus dem Director, dem Vicedirector, den drei Ordinatoren der I. chirurgischen, der I. therapeutischen und der geburtshülflichen Abtheilung, 4 jüngeren Abtheilungsordinatoren, dem Prosector (zugleich Bacteriolog), dem Gehülfen des Prosectors, 3 älteren Assistenzärzten und 4 jüngeren Assistenzärzten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Dec. d. J. 8286 (74 wen. als in d. Vorw.), darunter 693 Typhus — (33 mehr), 874 Syphilis — (41 wen.), 215 Scharlach — (11 mehr.), 271 Diphtherie — (15 mehr), 50 Masern — (1 mehr), und 35 Pockenkranke — (8 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. Dehember 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
367	333	700	173	41	100	14	14	28	57	75	56	53	43	34	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 12, Scharlach 17, Diphtherie 40, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 6, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 26, Krankheiten de Verdauungsorgane 87, Todtgeborene 34.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Januar 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Januar 1898.
Tagesordnung: Professor Petersen: Ueber Behandlung des Favus.

maasse der Frau etc. Dem kleinen Bändchen ist in loser Anheftung ein Kalendarium hinzugefügt.

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

628. Sitzung, am 28. October 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Heuking.

1) Herr Hörschelmann stellt dem Verein ein 2³/₄-monatliches Kind mit angeborenem Herzfehler vor. Das Kindchen wurde, als erstes Kind gesunder junger Eltern, am 1. August 1897 geboren, war nicht asphyctisch, aber sehr klein und schlecht genährt, nahm 4 Stunden nach der Geburt gut die Brust. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. In den Familien der Eltern sind keine Herz- oder anderseitige Bildungsfehler vorgekommen. Das Kind leidet häufig an Dyspepsien, ist überhaupt unruhig und nimmt scheinbar an Gewicht garnicht zu. Am 26. October wegen arger Unruhe und Verdauungsstörungen hinzugezogen, sah Ref. das Kind und fand Folgendes: Ernährung schwach, Hautfarbe blass, gelblich, Bewegungen lebhaft, Stimme kräftig. Milz stark vergrössert, hart, die übrigen Organe bis auf's Herz normal. Herzgrenzen nach rechts und links normal, nach oben bis zum 2. linken Intercostalraum. Beim Auscultiren hört man ein sehr lautes, systolisches Blasen, am stärksten zwischen Mamilla und linkem Sternalrand im 4. und 3. Intercostalraum. Das Geräusch auch auf dem Sternum sehr laut, schwächer werdend nach rechts, zur Herzbasis und zur Spitze zu. Die Herztöne, so weit sie nicht durch's Geräusch verdeckt werden, sind rein. Kein Schwirren, Spitzenstoss nicht zu fühlen, Herzgegend nicht hervorgewölbt. Keine ausgesprochene Cyanose, Lippen roth vielleicht etwas in's Livide spielend; beim Schreien wollen die Eltern in der letzten Zeit eine leichte Blaufärbung des Gesichts beobachtet haben. Geräusch am Rücken nicht zu hören.

Anknüpfend an diese Demonstration spricht Ref. über die angeborenen Lungenarterienstenosen nach ihrer genetischen, anatomischen und klinischen Bedeutung hin und berichtet über einen zweiten einschlägigen Fall, den er in seiner Anstalt (Ammen- und Kinderasyl des Grafen Kuscheleff-Besborodko) bis zum Tod zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um einen Fall der 2. Kategorie der von Kussmaul aufgestellten Eintheilung der Pulmonalstenosen, nämlich um eine einfache Stenose der Lungenarterienbase mit offenem Kammerseptum. Pat. geboren den 9. April 1892, wurde den 30. Mai in die Anstalt aufgenommen und gedieh bis zum October sehr gut (Gewicht am 2. Juni 3610 gr., am 5. October 6380 gr.), sah frisch und gesund aus, schrie nur viel, wie es schien, ohne besonderer Veranlassung. Vom 21 Juni bis 1 Juli fieberhafte Erkrankung (Ref. war den Sommer über im Ausland). Temperatur stieg bis 39,5, erreichte jedoch nur 4 mal 39,0, war sonst nur 38,5—38,7. Von Juli an wieder munter. Von Anfang October an traten Anfälle von Unruhe auf mit cyanotischer Verfärbung der Schleimhäute. Die Untersuchung des Herzens (bis dahin wegen des Schreien's unmöglich) ergab normale Grenzen, ein starkes blasendes systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen, am lautesten an der Spitze. Kein Schwirren, Spitzenstoss nicht zu fühlen. Diese Anfälle dauerten in der ersten Zeit nicht lange, hörte Pat. zu schreien auf, so schwand auch die Cyanose vollständig. Temperatur normal, der Puls c. 120, Resp. während der Anfälle c. 60, sonst nur 40. Mit der Zeit nahmen Häufigkeit und Stärke der Anfälle zu, die Cyanose schwand nicht so schnell, vom 9. November Cyanose permanent, vom 25. November Vergrösserung des Herzens nach rechts zu constatiren. Geräusch immer am lautesten in der Gegend der Herzspitze, lauter am linken als am rechten Sternalrand, am Rücken nicht zu hören. Die Anfälle häufen sich, Cyanose nimmt zu, vom 27. November ausgesprochenes Cheyne-Stokes Athmen, jedoch nicht anhaltend. Anfang December Gesichtsfarbe fast grau, Lippen und Fingerkuppen livid, Saugen gestört durch die Anfälle, beständige Gewichtsabnahme und Zunahme der Schwäche. Unter zunehmender Herzinsufficienz Tod am 28. Januar 1893.

Section: Herz ziemlich flach und breit, Länge 5 Ctm., Breite 5,2 Dicke 3,0 Umfang 14,0 Umfang des rechten Herzens 7,5, des linken 6,5. Die Aorta liegt fast ganz neben und rechts von der Pulmonalis, nur sehr wenig hinter derselben, steigt fast senkrecht nach oben, um dann scharf, fast im rechten Winkel nach links zu biegen. Der Hohlraum des rechten Ventrikel's sehr klein, die Kammerwände waren hypertrophisch, namentlich die innere Wand; der conus arter. im höchsten Grade stenosirt in Folge von zum Theil starker musculärer Hypertrophie, zum Theil von narbigen, schwieligen Verdickungen des Endocard's; auch die vordere Tricuspidalklappe stark schwielig verdickt, ebenso die Semilunarklappen der Pulmonalis, von welchen die vordere und die linke zu einer verschmolzen sind. Beide Ventrikel communiciren durch einen weiten Septumdefect, die Aorta entspringt aus beiden Ventrikeln; auch die linken Kammerwände sind hypertrophisch. Dicke der Wand des rechten Ventrikels oben 0,8, in der Mitte 0.6, unten 0,4, zum Sept. ventric. zu und an der Spitze 1,8 Ctm., die des linken Ventrikels oben 0,9, in der Mitte 0,9, unten 0,6, der conus arteriosus kaum für einen Federkiel durchgängig. (Demonstration des Präparat's).

Verhältnissmässig spät, d. h. nach 6 Monaten trat in diesem Fall die Cyanose auf (nach Stölker unter 57 Fällen 32 mal bei oder gleich nach der Geburt), ebenso fehlte die allgemein angenommene Trägheit und Schwäche der Bewegungen, sowie Neigung zur Abkühlung der Haut. Auffallend war es auch, dass das blasende Geräusch immer am lautesten an der Herzspitze war. Der Herzfehler stammt wohl aus der frühsten Embryonalzeit, Ende des 2. Monats, die Stenose war zuerst keine hochgradige, wurde zu einer solchen erst nach der im Juni statt gehabten, wohl als Endocarditis aufzufassenden acuten Erkrankung, in deren Folge dann allmälich die Anfälle von Dyspnoe mit zunehmender Cyanose (zunehmende Insufficienz des Herzmuskels) auftraten. Die Lebensdauer des Pat. verhältnissmässig kurz (nach Kussmaul und Rauchfuss in 81 Fällen 14 mal das 1. Lebensjahr 16 mal das 1—5., 22 mal das 5—10., 19 mal das 10—20., 10 mal das 20—30).

Da das dem Verein vorgestellte Kindchen seit der Geburt nicht ernstlich erkrankt ist, handelt es sich bei ihm um einen angeborenen Herzfehler und spricht Ref. sich, gestützt auf den Befund am Herzen und den allgemeinen Zustand des Kindes sowie auch die mitgetheilte Krankheitsgeschichte auch in diesem Fall für das Vorhandensein einer angeborenen Stenose der Lungenarterienbase aus.

Autoreferat.

2) Herr Anders demonstrirt einen von Dr. Huhn erfundenen Apparat zur Vereinfachung und Vervollkommung der bei der Calotschen Operation in Anwendung kommenden Manipulationen. Derselbe ist vom Referenten unter den 18 von ihm ausgeführten Operationen 10 Mal gebraucht worden und hat ihm vortreffliche Dienste geleistet.

Die Grundprincipien, auf welche das Calot'sche procedere zurückzuführen, sind Distraction, Druck und Retroflexion. Diese wurden bisher ausschliesslich durch die Kraft vieler anfassenden Arme erfüllt. Die lebende Kraft des wirkenden Zuges konnte indessen nie bemessen, regulirt und dosirt werden. — Die neuen Gesichtspunkte des Calot'schen Verfahrens, welche eine vorsichtigere geringere Kraftanwendung erfordern, verlangen um so dringender eine Dosirung der distrahirenden Kräfte. Die, die Distraction ausübenden Arme der Assistenten, sind hier durch genau gearbeitete Schrauben ersetzt. Der Zug an den unteren Extremitäten und am Becken wird durch die Lorenz'sche Drehschraube vermittelt. Am Kopfenden wirkt ein kleineres analoges Schraubengewinde. Der Kopf des Patienten wird vorher eingegypst und in dem Gypsverbande Haken eingeschaltet, an welchen der Zug am Kopfende angebracht ist. Jede Umwendung einer Schraube entspricht 1½ mm. Distraction. Eine genaue Beschreibung und Abbildung des Apparates erscheint demnächst in der «Больничная газета Боткина». — Die Bedeutung des Apparates ist in folgende Gesichtspunkte zusammenzufassen. — Zunächst findet eine Emancipation von den vielen Hülfskräften, nach früherem Muster 5—6 Assistenten, durch denselben statt. Der Operateur bedarf nur einer geringen Hülfeleistung für das Angreifen der Schrauben, wenn das Kind einmal in den Apparat gebracht ist. Mit den Fingern den Gibbus controllirend wird es ferner dem Operirenden möglich, vorsichtig die anzuwendende Kraft durch Umdrehung der Schrauben zu dosiren. Einer der grössten Vorzüge des Apparates besteht weiter in dem Umstande, dass das Kind nach ausgeführtem Redressement in der gewonnenen Stellung und Configuration des Rückens bis zur Vollendung des fixirenden Verbandes verweilt. Es werden so eine Menge unnützer Insulte durch die früher unvermeidliche Veränderung der Lage des Patienten vermieden. Durch die ruhige Fixation des Patienten wird hierbei die Vermeidung einer Narkose ermöglicht. Das ganze Vorgehen zerfällt in 2 Akte.

1. In den Akt der Distraction plus Druck auf den Gibbus. — 2. den der fortgesetzten Distraction plus Reclination. — Der Zug wird durch die Schraubenwirkung vermittelt, der sanfte Druck auf den Gibbus durch die Hand, resp. Finger des Operateurs, die Reclination kommt in folgender Weise zu stande: Ist das Redressement ausgeführt, so wird die gestreckte Wirbelsäule in ihrer Mitte gegen ein Metallbrettchen, dem das Kind mit dem unteren Brust- und oberen Bauchabschnitt aufliegt, mittelst einer Gypsbinde fixirt. Jetzt werden während der Zug weiterwirkt, der Kopf einerseits, Becken und untere Extremitäten andererseits durch eine passende Vorrichtung gehoben. Hierdurch kommt die Retroflexion der Wirbelsäule zu Stande.

In dieser Lage wird dann der Verband vollendet. Das Metallbrettchen verbleibt mit seinem Stift, an welchem es durch eine Schraube an den Tisch fixirt war, im Verbande. Das Kind wird jetzt aus dem Apparat genommen und das metallene Stützbrettchen mittelst eines Messers herausgeschnitten, wodurch das von Calot verlangte Fenster an Brust und Bauch für die Erleichterung der Respiration erscheint.

Herr Anders demonstrirt den Apparate und zeigt seine Anwendung an einem gesunden Kinde.

(Autoreferat).

3. Herr Horn: spricht über «Klumpfussbehandlung» Der ausgesprochene Zweck meines heutigen Vortrages ist, Propaganda zu machen für die Schonung des Fusskelets beim Klumpfuss, sowohl beim congenitalen, als beim erworbenen, gleichgültig welchen Alters und welchen Grades.

Vor einigen Jahren sprach ich hier in der Gesellschaft die Ueberzeugung aus, dass die Zeit kommen werde, wo man Klumpfüsse überhaupt nicht mehr blutig operiren werde. Diese Zeit ist rascher gekommen, als ich damals ahnte, seit 1½ Jahren operire ich Klumpfüsse nur noch nach der Methode von Lorenz.

Ich bin heute in der Lage, Ihnen an einigen Patienten die Resultate dieser Behandlung zu zeigen. Leider ist es mir nicht gelungen, ein grösseres Material zusammen zu bringen, die älteren Fälle sind mir wegen der grossen Entfernung ihres Wohnorts nicht zugänglich gewesen. Erlauben Sie mir jetzt, Ihnen zuerst die Patienten vorzustellen, um dieselben rasch entlassen zu können.

Der erste Fall, ped. var. cong., ist ein 17-jähriger junger Mann, der seit seiner Geburt mit Apparaten behandelt worden ist. Mit welchem Erfolge zeigt Ihnen der Gypsabguss des einen Fusses. Der linke Fuss wurde am 11. der rechte am 21. Mai dieses Jahres operirt. Wegen vorauszusehender hochgradiger Schwellung fixirte ich das gewonnene Resultat erst am 28. Mai durch den Gypsverband. Die beiden ersten Tage nach der Operation trat leichte Temperatursteigerung ein. Den 31. Mai machte Patient die ersten Gehversuche im Gypsverbande und war von da ab möglichst viel auf den Füssen. Den letzten Gypsverband legte ich am 31. August an, entfernte ihn aber schon am 8. September. Seitdem trägt Patient gewöhnliche Schnürstiefel mit etwas erhöhtem äusserem Sohlenrande und in der Nacht leichte Lederhülsen, um den Fuss in Dorsalflexion und Valgusstellung zu erhalten. Besonderer Verhältnisse wegen konnte die Nachbehandlung, um die atrophische Muskulatur zu kräftigen, erst heute angefangen werden. Den Anforderungen, die wir an einen geheilten Klumpfuss stellen, genügt Patient daher nicht ganz. Er kann wohl die Füsse in mehr als rechtem Winkel dorsal flectiren, ist aber nicht im Stande, bei — auf dem Boden voll aufliegenden Fusssohlen, sich niederzukauern. Auch das Stehen auf den Fussspitzen ist noch recht mangelhaft. Es ist das aber in kurzer Zeit zu erreichen; nach 1—2 Monaten energischer Nachbehandlung wird alles in Ordnung sein. Die Korrection ist fast zu gut ausgefallen, der Herr verfügt jetzt, wie Sie sehen, über 2 veritable pedes valgi. Es wird vielleicht nöthig sein, ihm Hoffasche Plattfusssohlen zu verordnen.

Nr. 2 auch ped. vari cong., 6-jähriges Mädchen, war ein so starrer unnachgiebiger Klumpfuss, wie man ihn in solchem Alter selten findet. Der Zustand des Kindes war ein kläglicher; die Fortbewegung konnte nur dadurch bewerkstelligt werden, dass der eine Fuss in einer Kreisbewegung sich um den anderen schlang. Bild und Abgüsse zeigen Ihnen auch, wie stark entwickelt die Schwielen an beiden Füssen waren. Die Operation fand am 12. Juni dieses Jahres statt.

Der 3. Fall, 2 Jahre altes Mädchen, dessen Gypsabguss ich Ihnen hier herumgebe, bot nichts Besonderes und war verhältnissmässig leicht zu redressiren. Ebenfalls pes. var. cong., Operation 19. Juli. Das Kind läuft munter in seinem Gypsstiefel herum.

4) Mädchen von 4 Jahren, pes. ver. paralyt., Operation 31. August.

Der 5. und 6. Fall, 6 Jahre und 1 Jahr 5 Monate, bieten ebenfalls, wie Sie an den Abgüssen sehen, typische ped. var. cong., Operationen 28. September und 5. October dieses Jahres.

Gestatten Sie mir nun einige Worte zur historischen Entwicklung des Verfahrens. Sie wissen, dass neben der grossen Menge von blutigen Operationen, die das Skelet des Klumpfusses mit Resectionen und Enucleationen angriffen, stets das Bestreben geherrscht hat, in weniger eingreifender Weise die Korrection zu erreichen. Die Heftpflasterverbände an den Füssen Neugeborener, die Phelpssche Operation, die Modification derselben von Bessel-Hagen haben diesen Zweck im Auge gehabt. Dann das Redressement nach König mit der nicht unwichtigen Verbesserung von Schulz.

Es waren das alles Stationen auf dem Wege, das Endziel wurde aber erst von Lorenz erreicht. Er lehrte, die Komponenten des Klumpfusses streng von einander zu trennen und jede einzeln für sich in Angriff zu nehmen. Ich sage nicht, dass die den Klumpfuss bildenden einzelnen Komponenten nicht auch schon vor Lorenz bekannt waren, so streng methodisch geschieden hat sie aber Keiner vor ihm; pes adductus, inflexus, equinus, supinatus. Ein wichtiges Unterstützungsmittel zur Ausdehnung seiner Methode auch auf ältere Kinder und überhaupt auf alle Klumpfüsse jeden Alters und Grades bot ihm sein Osteoklast. Die Redression des Klumpfusses bei Kinder bis zu 6, auch 8 Jahren gelingt verhältnissmässig leicht, auch auf bloss manuellem Wege. Bei veralteten Klumpfüssen musste aber unbedingt maschinelle Kraft zur Verwendung kommen, um die Redression in einer einzigen Sitzung gelingen zu lassen. Wolff, König und Schulz haben ja auch selbst hochgradige Klumpfüsse geheilt, sie hatten aber alle mit drohendem Decubitus zu kämpfen.

Bei dem Lorenz'schen Verfahren ist decubitus überhaupt ausgeschlossen, während er bei den anderen Methoden fast bei jedem starren Klumpfuss Erwachsener zu erwarten war. Decubitus des Klumpfusses wird nach der Methode Lorenz dadurch verhütet, dass die Federkraft des Fusses vollständig vernichtet und aufgehoben wird durch immer und immer wieder erneute Angriffe gegen die starre, fehlerhafte Stellung. Der Fuss muss nach gelungener Redression vollständig schlaff, ohne den geringsten Widerstand entgegen zu setzen, dem Drucke selbst eines einzigen Fingers nachgeben. Hierin liegt das grosse, unantastbare Verdienst Lorenz's, dass er uns gelehrt hat, diese Federkraft des Fusses richtig zu beurtheilen und in einer einzigen Sitzung zu vernichten. Die Wolff'schen Etappenverbände, die Redression nach König und Schulze sind nie von diesem Gesichtspunkte ausgegangen. Gegen die starre, in die fehlerhafte Stellung zurückschnellende Kraft des Klumpfusses wurde die starre des Gypsverbandes gesetzt. Gewalt gegen Gewalt, das Resultat konnte nur decubitus sein. — Eben so wenig wie Decubitus kann bei dem Verfahren nach Lorenz ein Recidiv eintreten; Recidiv beim Klumpfuss ist immer die nothwendige Folge des mangelhaften Redressements. Der Operateur hat in dem Falle sich mit halbem Resultate begnügt und sich getröstet, dass die Nachbehandlung wohl noch alles gut machen werde.

Lorenz selbst meint, dass die von ihm gewählte Bezeichnung — modellirendes Redressement des Klumpfusses — nicht ganz zutreffend sei, ich muss aber sagen, dass kein Wort das Wesen der Sache so gut wiedergiebt, wie der Ausdruck — modelliren. Der Operateur hat wirklich das Gefühl, als ob er mit weichem, nachgiebigem Thon arbeite. — Das Instrumentarium ist ein höchst einfaches, es besteht bei Kindern bis zu 6 und 8 Jahren aus dem Keil, den ich Ihnen hier zeige, oder einem prall gestopften Sandsacke und dem Tenotom, bei älteren Kindern tritt dann an Stelle des Keils der Osteoklast.

Ich habe Ihnen hier neben dem Lorenz'schen auch den in einiger Hinsicht verbesserten Stille'schen Osteoklasten mitgebracht und erlaube mir, Ihnen hier das Verfahren zu zeigen. Die Komponenten des Klumpfusses werden, wie Sie hier sehen, jede einzeln für sich redressirt und das gewonnene Resultat dann in einem Schlussredressement, wie Lorenz sagt, zusammengefasst. Nun noch einige Worte über die Tenotomie der Achillessehne und das Herabholen des Fersenhöckers.

Die Tenotomie der Achillessehne wird gewöhnlich als kleine, höchst unbedeutende Operation betrachtet, ich muss für meinen Theil gestehen, dass diese unscheinbare Operation bei dem Fettpolster gut genährter Säuglinge nicht so ganz einfach ist, vorausgesetzt, dass man sich nicht nur an dem Hineinbringen und Herausholen des Tenotoms genügen lässt. Ich stimme hierin Lorenz vollkommen bei, wenn er meint, dass keine Operation so häufig unvollendet bleibe, wie die Tenotomie der Achillessehne. Bei der Redression der Equinus-Komponente ist die Tenotomie nur ein vorbereitender Act, die Herabholung des Fersenhöckers aber die Hauptsache. Ohne die Herabholung des Fersenhöckers ist die Tenotomie nutzlos. Zum Herabholen des Fersenhöckers räth Lorenz, denselben mit den 5 Fingern der rechten Hand zu umklammern, während die Hohlhand auf der Planta des Fusses liegt. Ich habe gefunden, dass die Finger bei dieser Arbeit rasch erlahmen und benutze den Ballen der rechten Hand zum Hinabschieben des Fersenhöckers, während die linke Hand die Fusssohle mit aller Gewalt nach oben drückt. Vorausgesetzt ist hier die Bauchlage des Patienten.

Das gewonnene Resultat kann bei Kindern bis zu 2 und 3 Jahren sofort durch einen Gypsverband fixirt werden, wenn man nur die Vorsicht beobachtet, diesen der ganzen Länge nach zu spalten, oder noch besser, einen Streifen aus ihm heraus zu schneiden, um der nothwendigerweise eintretenden Schwellung des Fusses Luft zu schaffen. Bei veralteten Klumpfüssen darf wegen der Schwellung, die einen ganz colossalen Grad erreichen kann, vorerst an keinen starren Verband gedacht werden. Eine ganz leichte Einwickelung

mit weichen Binden muss bis zum Abschwellen des Fusses genügen. Die grosse Leichtigkeit der Redression macht es gleichgültig, wann diese bei den Neugeborenen vorgenommen wird. Man kann ruhig bis zu dem Zeitpunkt warten, wo die Kinder anfangen zu gehen. Ich schiebe die Operation, so weit es von mir abhängt, gern bis zu dem eben erwähnten Zeitpunkt hinaus; es ist durchaus kein leichtes Stück Arbeit, den dicken Fuss Neugeborener in einem Gypsverbande zu fassen. Ich spreche hier natürlich von einem Gypsverbande, wie er sein soll, nicht von den klobigen, kugeligen Ungethümen, wie man sie gewönlich zu Gesicht bekommt. Lorenz nennt mit Recht den Verband am Fusse Neugeborener das Kabinetstück der Gypstechnik. Ausserdem ist es bei ganz kleinen Kindern recht schwierig, den Verband vor Durchnässung und Beschmutzung und die Haut dabei vor Excoriationen zu schützen.

Durchschnittlich laufen die Patienten, selbst wenn sie an beiden Füssen operirt sind, schon nach einigen Tagen munter herum. Die Schmerzen sind ja bei veralteten Klumpfüssen in den ersten 2—3 Tagen ziemlich starke und müssen eventuell durch Morphiumgaben gestillt werden. Ich persönlich bin in den meisten Fällen ohne derartige Mittel ausgekommen. Die Nachbehandlung nach Abnahme des Gypsverbandes, die je nach dem einzelnen Fall in 4—5 Monaten erfolgen kann, richtet sich gegen die Atrophie der Muskulatur und die Starrheit der Gelenke und besteht in Massage, Elektricität, passiven und activen Bewegungen und möglichst vielem Stehen und Gehen. Functionelle Orthopädie.

Wie Sie sehen, ist mein Material, das ich Ihnen vorführen konnte, ein verhältnissmässig kleines, die Zeit nach der Operation eine kurze und vorsichtige Zweifler könnten ja mal an Recidive denken. Nun, meine Herren, ich glaube, der erste Fall, den ich Ihnen hier vorgestellt habe, muss jeden Widerspruch zum Schweigen bringen. Gern hätte ich Ihnen ja ältere Fälle, seit Jahren ohne Recidive bestehende, vorgeführt und deshalb noch längere Zeit mit meinem Vortrag gewartet, der gute Zweck muss aber die Mangelhaftigkeit des Materials decken und entschuldigen.

Noch jetzt werden Keilresectionen und Enucleationen vorgenommen, trotz dem die Arbeit von Lorenz schon 95 erschienen ist. Noch auf der diesjährigen Versammlung von Naturforschern und Aerzten in Braunschweig wurde ein so genanntes gutes Resultat nach Talus-Resection mit Stolz vorgeführt. Lorenz redressirte den anderen, noch nicht durch die Resection verunstalteten Fuss des Patienten in derselben Versammlung in spielender Weise nach seiner Methode. — Ich glaube nicht zu kühn zu sein, wenn ich hier zum Schlusse mit Lorenz die Ueberzeugung ausspreche, dass das Resectionsmesser bei der Heilung des Klumpfusses seine Rolle endgültig ausgespielt hat.

(Autoreferat).

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Wie aus Moskau telegraphisch gemeldet wird, ist daselbst der bekannte Kliniker, Prof. emer. der Moskauer Universität, Geheimrath Sacharjin am 23. December an Gehirnapoplexie verschieden.

— Der Militär-Medicinalinspector des St. Petersburger Militärbezirks, Geheimrath Dr. Enkhof ist auf sein Ersuchen der von ihm gleichfalls bekleideten Stellungen eines Mitglieds des medico-philantropischen Comités und des medicinischen Curators des Admiralitätstadttheils in St. Petersburg enthoben worden.

— Der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Beljarminow ist zum ordentlichen Professor an der genannten Academie ernannt worden.

— Verstorben: 1) In Warschau Dr. Stanislaus Kryssinski im 51. Lebensjahre. Der Hingeschiedene widmete sich erst spät dem Studium als Magister der physikomathematischen Facultät dem Studium der Medicin und erlangte im Jahre 1886 den Arztgrad in Warschau. Er lebte lange Zeit im Auslande und hat eine ganze Reihe von Arbeiten über medicinische Chemie und Physik veröffentlicht. 2) In Lublin der Eisenbahnarzt Johann Ssawicki im Alter von 42 Jahren.

— Der langjährige ältere Ordinator am Rigaschen Militärhospital Dr. J. Subkowski ist zum Oberarzt des Militärlazareths in Krementschug ernannt worden.

— Dem Privatdocenten für innere Medicin an der Breslauer Universität, Dr. Richard Stern, ist der Professortitel verliehen worden.

— Am 18. December beging die hiesige militär-medicinische Academie ihren 99. Stiftungstag. Die Festrede hielt Prof. Bechterew über das Thema «die Rolle der Suggestion im öffentlichen Leben». Sodann verlas der gelehrte Secretär der Academie Prof. Dianin den Jahresbericht, welchem wir nachstehend einige Daten entnehmen. Die Zahl der Studenten betrug 724, dazu kamen noch 8 freie Zuhörer. Die Academie zählt gegenwärtig 21 Ehrenmitglieder und 7 correspondirende Mitglieder. Das Lehrpersonal besteht aus 22 ordentlichen und 12 ausserordentlichen Professoren, 11 Prosectoren, 3 Laboranten, 9 Assistenten, 83 Privatdocenten. 133 Studenten erhielten nach bestandenem Examen das Arztdiplom, darunter 28 eximia cum laude. Für die Lösung von Preisaufgaben wurden den Studenten Konassewitsch und Diez, goldene Medaillen und dem Arzt Kudrjawzew das Diplom einer goldenen Medaille zuerkannt.

— Wie wir der soeben uns zugegangenen ersten Nummer des neuen Jahrganges der Berliner Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung» entnehmen ist in die Redaction dieser Zeitung Dr. Theodor v. Lohnstein, welcher schon seit längerer Zeit ständiger Mitarbeiter derselben war, eingetreten. Es zeichnen somit jetzt als Redacteure dieser Zeitung Dr. Hugo Lohnstein und Dr. Theodor Lohnstein.

— Im Verlage von Gustav Fischer in Jena erscheint mit dem Beginn des Jahres 1898 eine neue Zeitschrift «Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie» unter der Redaction des Wiener Privatdocenten Dr. Hermann Schlesiger.

— Die Prüfungen zur Erlangung der Würde eines Zahnarztes beginnen an der militär-medicinischen Academie im Februar 1898 gleich nach der Entlassung der Abiturienten der hiesigen zahnärztlichen Schule. Zu diesen Prüfungen werden nur diejenigen Absolventen (männlichen und weiblichen Geschlechts) der genannten Schule zugelassen, welche das Zeugniss über Absolvirung von 6 Classen eines Gymnasiums oder einer anderen mittleren Lehranstalt beibringen können.

— Auf Allerhöchsten Befehl sind zum Bau des Convicts für das weibliche medicinische Institut aus der Reichsrentei 100,000 angewiesen worden.

— Mit der auf dem Congress der Syphilidologen angeregten Frage der Bekämpfung der Syphilis durch Belehrung in öffentlichen Vorträgen beschäftigen sich hier gegenwärtig sowohl die Gesellschaft zur Bekämpfung von Infectionskrankheiten als auch die russische syphilidologische Gesellschaft. Letztere hat bereits ein Programm für derartige populäre Vorlesungen von einer Commission ausarbeiten lassen.

— Wie einige Tagesblätter melden, ist der hiesige Arzt Dr. Pantschenko beim Ministerium des Innern mit einem Gesuch um die Concession zur Eröffnung einer organotherapeutischen Heilanstalt eingekommen.

— An dem Rigaschen Stadtkrankenhause, welches über 650 Krankenbetten verfügt, soll wie das «Rigaer Tageblatt» berichtet, mit dem Beginn des neuen Jahres die Stelle eines vierten jüngeren Assistenzarztes creirt werden, welcher bei freier Wohnung und Beköstigung eine Gage von 300 Rbl. jährlich beziehen wird. Zugleich soll auch ein Masseur am Krankenhause mit 200 Rbl. Gehalt angestellt werden. Das Gehalt des Ordinators der I. therapeutischen Abtheilung soll von 720 Rbl. auf 1200 Rbl. erhöht werden und damit dem Gehalt des Ordinators der I. chirurgischen Abtheilung gleichgestellt werden. Das ärztliche Personal des Stadtkrankenhauses wird somit vom nächsten Jahre ab aus 18 Aerzten bestehen und zwar: aus dem Director, dem Vicedirector, den drei Ordinatoren der I. chirurgischen, der I. therapeutischen und der geburtshülflichen Abtheilung, 4 jüngeren Abtheilungsordinatoren, dem Prosector (zugleich Bacteriolog), dem Gehülfen des Prosectors, 3 älteren Assistenzärzten und 4 jüngeren Assistenzärzten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Dec. d. J. 8286 (74 wen. als in d. Vorw.), darunter 693 Typhus — (33 mehr), 874 Syphilis — (41 wen.), 215 Scharlach — (11 mehr.), 271 Diphtherie — (15 mehr), 50 Masern — (1 mehr), und 35 Pockenkranke — (8 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. Dehember 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
367	333	700	173	41	100	14	14	28	57	75	56	53	43	34	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 12, Scharlach 17, Diphtherie 40, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 6, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 26, Krankheiten de Verdauungsorgane 87, Todtgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Januar 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Januar 1898.
Tagesordnung: Professor Petersen: Ueber Behandlung des Favus.

Дозв. ценз. Спб. 3 Января 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 32–34.

A. Bary: «Zur Casuistik der Dextrocardie». (Nr. 32—33).

Die objective Untersuchung des 30-jährigen Patienten ergab Rechtslagerung des Herzens (der Herzstoss war zwischen 5 und 6. rechten Rippe ein Fingerbreit nach aussen von der Mamilla fühlbar, rechts vom Sternum bestand eine dem Herzen entsprechende Dämpfung, in der normalen Herzgegend waren lauter Schall vorhanden und vesiculäres Athmen hörbar), rechtsseitiges Spitzeninfiltrat und rechtsseitige trockene Pleuritis. Bei der Section erwies es sich allerdings, dass es sich nicht um eine Dextrocardie, sondern um eine in Folge pleuritischer und pleuropericarditischer Verwachsungen allmählich entstandene Verlagerung des Herzens handelte. Die Herzspitze lag dem linken Sternalrand an und war von der linken emphysematösen Lunge bedeckt, der Herzstoss rechts war offenbar durch die Contractionen des rechten Vorhofs hervorgerufen worden.

J. Tarchanow: «Ueber die physiologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Centralnervensystem». (Nr. 33, 34)

Verfasser führte seine interessanten Versuche im physiologischen Laboratorium der Akademie der Wissenschaften aus. Er gab der Vacuumröhre eine vertikale Lage mit dem fluorescirenden Boden nach unten und befestigte sie 5—6 Cm. entfernt von einem Holzkasten, in dem die Versuchsthiere (Rana temporaria) placirt wurden. Dadurch vermied er die Lichtwirkung, die Wärmestrahlung und die schwachen elektrischen Schläge. Die Dimensionen des Holzkastens waren absichtlich gering (10 Cm. Länge, 5 Cm. Höhe), damit die Thiere beständig der Sphäre der X-Strahlen ausgesetzt blieben. Ein Controlthier befand sich in einem ähnlichen Kasten und war von der Wirkung der X-Strahlen durch einen mit Blei belegten Schirm geschützt. Bezüglich der Frage, ob die X-Strahlen die willkürlichen und reflectorischen Bewegungen beeinflussen, erwies sich, dass nach einer Einwirkung von ¼—1 Stunde die Frösche ruhiger wurden, was Verfasser durch einen moderirenden Einfluss auf die motorischen Centren erklären möchte. Scheinbar ebenso wirken die X-Strahlen auf die reflectorische Thätigkeit decapitirter Frösche, wie sich aus der deutlichen Verminderung der Säurereflexe (Türck) ergab. Die Stärke dieser beruhigenden Wirkung der Strahlen wächst proportional der Länge der Einwirkung und der Erreichbarkeit des Rückenmarks für die Strahlen, weswegen die Wirkung bei blossgelegtem Rückenmark am stärksten war. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass die Erregbarkeit der Hautsensibilität durch die X-Strahlen nicht vermindert wird. Verfasser suchte nun die sich hieraus ergebende Frage zu beantworten, ob durch die X-Strahlen die Wirkung des Strychnins abgeschwächt werden konnte. Er nahm 2 Frösche, injicirte beiden Strychnin (à 0,04 Mgrm.), sezte einen, wie oben angegeben den Strahlen aus, während der andere davor geschützt wurde und fand, dass der erste in der Mehrzahl der Fälle nur eine geringe Erhöhung der Reflexe bot und nach ⅓ Stunde vollkommen normal dem Holzkasten entnommen werden konnte, während der zweite im Starrkrampf lag. Wenn bereits ½ Stunde vor der Strychnininjection die Frösche den Strahlen ausgesetzt waren, so konnte die Strychninwirkung noch mehr abgeschwächt werden, sogar bei grösseren Strychnindosen. Autor konnte noch eine interessante Veränderung an den Strychninfröschen, die den X-Strahlen ausgesetzt worden waren, constatiren: 1—2 Stunden nach der Einwirkung der Strahlen färbte sich die Haut im Wasser dunkel, während die Controlthiere hell blieben. — Aus obigen Versuchen geht also hervor, dass die Röntgenstrahlen auf die Centren des Cerebrospinalsystems wirken. Worauf diese Wirkung beruht und ob sie sich in der Therapie ein Bürgerrecht erwerben wird, müssen weitere Versuche lehren.

Weyert.

Wratsch Nr. 42–46 incl.

K. Morkotun: «Die prophylactische und therapeutische Bedeutung der Klimaveränderung bei Lungentuberkulose». (Nr. 42, 43 u. 45).

Das Studium der betreffenden Litteratur führt den Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Klimaveränderung hat für Lungenkranke eine grosse Bedeutung, indem dabei bald eine Besserung, bald eine Verschlimmerung der Krankheit eintritt.

2) Die Bewohner des gemässigten Klimas zeigen beim Aufenthalte in heissem Klima eine grössere Disposition zum Erkranken an Lungenphthise.

3) Weite Seereisen, bei den auch die tropischen Gegenden besucht werden, praedisponiren zur Erkrankung.

4) In der Marine ist die Lungenphthise daher häufiger als bei den Landtruppen.

5) Das tropische Klima ist für Phthisiker aus dem gemässigten Klima absolut schädlich.

6) Der Werth der Klimatotherapie besteht in der erregenden Wirkung der Klimaveränderung.

7) Der einem Lungenkranken empfohlene klimatische Kurort darf vom Orte seines gewöhnlichen Aufenthaltes keinen grossen Unterschied haben.

S. Elzina: «Ueber die Verbreitung der Syphilis und der Hautkrankheiten unter den Petersburger Arbeiterinnen». (Nr. 42–45).

Statistisches Material aus dem Ambulatorium des Kalinkin'schen Hospitals.

W. Lesin: «Zur Porro'schen Operation». (Nr. 43).

Bei einer 25-jährigen Erstgebärenden wurden am dritten Kreisstage von 6 Dorfhebammen Extractionsversuche des in Beckenendlage befindlichen Kindes mit so grosser Kraft ausgeführt, dass der Kindskörper vom Kopfe desselben abgerissen wurde, auch wurde dabei die Nabelschnur zerrissen. Kindskopf und Placenta blieben im Uterus. Die Frau blutete stark und wurde am 7.Tage in's Landeshospital gebracht. Die Untersuchung ergab ausserdem eine hochgradige septische Endometritis. Unter diesen Umständen machte Verf. die Porro'sche Operation mit glücklichem Erfolge.

A. Falkenberg: «Zur sog. extracapsulären oder extraarticulären Methode der Kniegelenkresection». (Nr. 43).

Einige historische und kritische Bemerkungen über diese Operation.

S. Gerzog: «Ueber den Werth einiger Wiederbelebungsmethoden bei ueblen Zufällen während der Narkose». (Nr. 44).

Die allgemeine Narkose ist, trotz der zahlreichen Vervollkommnungen ihrer Anwendungsarten, noch bis jetzt mit Lebensgefahr verbunden; alle empfohlenen Belebungsmethoden lassen leider oft im Stiche. Jeder nach dieser Richtung gemachte Vorschlag verdient deshalb die grösste Beachtung und hat es Verf. unternommen die neuesten Belebungsmethoden einer Nachprüfung zu unterziehen und zwar zuerst die von Laborde im J. 1892 bei Asphyxien vorgeschlagene Methode der rhytmischen Tractionen an der Zunge. Die Versuche wurden an Hunden ausgeführt: die Thiere wurden bis zum Athmungsstillstand chloroformirt oder aetherisirt darauf ½ Minute lang abgewartet und falls sich die Athmung während dieser Zeit von selbst nicht wieder einstellte, wurde zu den Tractionen an der Zunge geschritten. Von 13 Fällen trat bei der Anwendung der Laborde'schen Methode nur in 2 Wiederbelebung ein und auch in diesen war der Erfolg zweifelhaft. Verf. kommt daher zu folgendem Schlusse: Die Laborde'sche Methode ist bei Asphyxien in allen Stadien der Narkose unwirksam und darf daher nicht angewandt werden.

K. Archangelsky: «Ist Moschus als Excitans von Bedeutung»? (Nr. 44 u. 46).

Der Moschus gehört zu den geheimnissvollen Mitteln unseres Arzneischatzes; die wirksamen Bestandtheile desselben

sind uns bis jetzt noch völlig unbekannt. Trotzdem aber hat er seine zahlreichen Anhänger, die in verzweifelten Fällen, bei allgemeinem Kräfteverfall des Pat., zum Moschus greifen. Die physiologische Wirkung desselben wurde zwar mehrmals untersucht, aber immer an gesunden Menschen oder Thieren, und wenn die Autoren dabei zu negativen Resultaten gelangten, so blieb doch die Möglichkeit übrig, dass der Moschus vielleicht nur bei ganz bestimmten, mit allgemeinem Kräfteverfall verbundenen, Krankheitszuständen seine Wirkung entfalte. Zur Lösung dieser Fage rief A. bei seinen Versuchsthieren (Hunden) durch intravenöse Morphium oder Chloralhydratinjectionen künstlichen Collaps hervor. Da unter den Bestandtheilen des Moschus von mehreren Forschern eine Ammoniakverbindung und ein aetherisches Oel nachgewiesen worden sind, so lag der Gedanke nahe, ob nicht der Moschus gerade diesen Bestandtheilen seine Wirkung verdanke und man konnte erwarten, dass der Moschus imstande sein wird, den nach Morphium gesunkenen Blutdruck zu erhöhen, die Athmung und Herzthätigkeit wieder anzuregen. Die intravenösen Injectionen der Trae Moschi und des wässerigen Extractes desselben blieben aber, auch in sehr grossen Dosen, ganz ohne Einfluss, die Resultate waren also auch hier rein negativ.

L. Kotschorowsky: «Die Jodbehandlung der Magendarmkrankheiten». (Nr. 18, 20, 44 u. 46).

Die antiseptischen Eigenschaften des Jods sind seit langer Zeit bekannt und wurde dasselbe bei Magendarmkrankheiten, besonders aber beim Abdominaltyphus, als Desinficiens mit gutem Erfolge von vielen Autoren angewandt. Die Form (wässerige Lösung) aber, in der das Jod zur Anwendung kam, entsprach nicht den Forderungen, die wir an ein gutes Darmantisepticum zu machen gewöhnt sind, da das Jod in dieser Form schon im Magen fast vollständig resorbirt wird. Es musste für dasselbe eine andere Form gewählt werden und Dr. Ewseenko war der erste, der den Typhuskranken das Jod in Ricinusöl oder als Jodamylum gab. In dieser Form passirt das Jod unzweifelhaft den ganzen Darmkanal und wirkt Dank seinen antiseptischen Eigenschaften als vorzügliches Desinficiens. Ausserdem bildet das Jod, wahrscheinlich, auch mit den Ptomainen, wie mit den Alkaloiden unlösliche oder, wenn auch lösliche (in Alkalien), so doch weniger giftige Verbindungen. Auf Grund seiner 3-jährigen Erfahrungen empfiehlt K. folgende Behandlung des Abdominaltyphus: Klysmen aus Dec. Amyli mit Zusatz von Trae Jodi 10,0 und Ol. cinnamomi gtt 25. Innerlich bekamen die Pat. Jodamylum 0,6 (amylum jodatum, joduretum amyli oder jodum cum amylo nach der Russischen Pharmakopöe) 4 Mal täglich. Im Stadium der Vorläufer, bis zum 4. Krankheitstage, begonnen, hat diese Behandlung auf den Typhus eine coupirende Wirkung, vom Beginn der 2. Krankheitswoche an ist sie die Krankheit zu coupiren nicht imstande, gestaltet aber den Verlauf derselben zu einemviel günstigeren. Der Puls wird dabei langsamer, härter und voller: die Zunge reinigt sich, wird feucht und rosa, niemals fuliginös oder trocken; die Ausleerungen bekommen bald normalen Geruch und Aussehen; Verbesserung des Appetits. Auf die Temperatur hat die Behandlung keinen Einfluss, die Krankheit selbst ist von kürzerer Dauer und endet in leichten Fällen am 5.—6. —, in schweren am 11.—12. Krankheitstage. Recidive wurden nicht beobachtet. — Auch bei Dysenterie (100 Fälle), Cholera nostra et asiatica (einige Fälle) erzielt Verf. durch die Jodbehandlung die besten Resultate.

Prof. K. Dehio: «Einige Bemerkungen über die Bedeutung des poliklinischen Unterrichts für die medicinische Ausbildung der Studenten». (Nr. 45).

In einem interessanten Artikel beschreibt D. den Gang des Unterrichts an der von ihm geleiteten Jurjew'schen medicinischen Poliklinik, deren jeder Dörptsche Schüler immer mit innigster Dankbarkeit und voller Anerkennung der hohen Bedeutung derselben gedenken wird.

Prof. N. Cholodkowsky: «Beitrag zur Frage über die parasitären Erkrankungen der Haut». (Nr. 45).

Mittheilung eines neuen Falles, in dem vom Verf. dieselbe Gastrophilusart nachgewiesen wurde, wie in dem schon früher veröffentlichten Falle (Sieh diese Beilage, pag. 20, 1896).

W. Sarubin: «Nosophen bei Ulcus molle und Herpes progenitalis». (Nr. 45).

Verf. hat das Nosophen in 10 Fällen bei Ulcus molle und in mehreren Herpesfällen angewandt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: die ulcera mollia zeigen bei der Nosophenbehandlung keine Tendenz zur Heilung, so dass man bald zu anderen Mitteln übergehen muss. Giftige Eigenschaften hat dasselbe nicht und reizt nicht die Wunden. Auf die Granulationsbildung und Wundsecretion hat es keinen Einfluss. Die Schmerzen sind bei Nosophengebrauch mässig. Blutstillende Eigenschaften hat es nicht. Nur kleine Ulcera venerica mit geringer Secretion und Ulceration nach Herpes progenitalis werden, mit Nosophen bestreut, rasch geheilt.

N. Denissenko: «Die Behandlung des Carcinoms mit Chelidonium majus». (Nr. 46).

Verf. gebraucht ausschliesslich das condensirte wässerige Extract; beim Carcinom der inneren Organe wurde dasselbe nur innerlich verordnet, bei Carcinomen der äusseren Körpertheile kamen ausserdem noch Injectionen in das Parenchym der Geschwülste und Bepinselung derselben mit dem Extract zur Anwendung. In gynaekologischen Fällen, bei inoperablem Krebs der Portio vaginalis uteri, auch mit dem Extract getränkte Tampons. Ende September wurde dem Verf. von Dr. W. Helbock folgender Fall mitgetheilt: Bei einer Injection gerieth die Nadel der Spritze zufällig in eine Arterie, wodurch etwa 1½ Tropfen des Extracts direct ins Blut injicirt wurden. Pat. bekam heftige Schmerzen an der Injectionsstelle, die etwa 15 Minuten lang dauerten; darauf Schüttelfrost. Pat. wurde blass, cyanotisch; Puls — klein, arythmisch, darauf Erbrechen (4 Mal). Stupor und allgemeiner Kräfteverfall. Nach 5 stündiger energischer Anwendung von Excitantien wurde die Herzthätigkeit etwas besser, Pat. erholte sich aber erst nach 24 Stunden. Ganz dieselben Erscheinungen, nur in geringerem Grade, wurden auch vom Verf. bei den parenchymatösen Injectionen in das gefässreiche Carcinomgewebe beobachtet, er glaubt daher, dass es sich auch in seinen Fällen um eine directe Injection ins Blut handelte. In den darauf zur Beobachtung gelangten Fällen injicirte er deshalb das Extract nicht in den Carcinomknoten selbst, sondern in der Nähe desselben; die stürmischen Erscheinungen blieben aus, die Carcinomknoten zeigten aber trotzdem eine ausgesprochene Abnahme ihres Umfanges, während sich an der Injectionsstelle keine Reaction wahrnehmen liess. Es lasse sich dadurch auch die Art der Wirkung des Extracts erklären; diese kann nicht mehr nur als eine local ätzende betrachtet werden, wie es von einigen Autoren angenommen wird, sondern muss als eine für das Carcinom specifische angesehen werden; Verf. kennt kein anderes Mittel, das bei Subcutaninjection nur auf das pathologische Gewebe wirke und an der Injectionsstelle keine Erscheinungen wahrnehmen liesse.

M. Kelber: «Einige Beobachtungen über die Wirkung des Extractum Chelidonii majoris beim Carcinom der Portio vaginalis Uteri». (Nr. 46).

Verf versuchte das von Dr. Denissenko empfohlene Präparat in 4 Fällen, bei inoperablen Carcinomen der Portio vaginalis. Trotz der reichlichen Anwendung des Mittels in Form von Injectionen und Tampons und gleichzeitiger innerlicher Darreichung waren die sichtbaren Veränderungen an den Geschwülsten geringfügig, und zwarentweder Vereiterung oder Verhornung der oberflächlichen Schichten derselben. Eine Verkleinerung der Geschwülste oder der carcinomatösen Infiltration wurden vom Verf. nicht beobachtet. Die Wirkung ist im Beginn der Behandlung eine intensivere und wird immer schwächer; wenn die ersten 4—5 Injectionen keine Resultate ergeben haben, so ist die weitere Behandlung nutzlos. Was den Allgemeinzustand der Pat. anbetrifft, so wurden keine beachtenswerthe Veränderungen desselben beobachtet.

A. Sacher.

Der VI. Congress russischer Aerzte in Kiew.

(Referirt nach dem «Wratsch»).

Section für Kinderkrankheiten.

I. Sitzung am 24. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Dr. E. Termen gewählt.

J. Troicki: «Die klinische und künstlich bei Thieren hervorgerufene Rhachitis».

Vortragender experimentirte an jungen Thieren, denen bei spärlichem Futter (Kartoffelsuppe), täglich laxantia dargereicht wurden. Nach 3—4 Monaten zeigten 3 von den 4 Versuchsthieren Symptome der Rachitis: rhachitischen Rosenkranz, Verkrümmung der Beine und der Wirbelsäule, Beschädigung der Zähne und Abmagerung. Das Füttern der Schweinchen mit Mikroben-Culturen aus den Stühlen rhachitischer Kinder

gab keine bestimmte Resultate. Die pathologisch-anatomischen Knochenveränderungen bei rhachitischen Schweinchen sind dieselben wie beim Menschen; bei jungen Hunden dagegen können, bei ausgesprochenem klinischem Krankheitsbilde, die characteristischen mikroscopischen Veränderungen auch fehlen. Vortragender meint, dass zur Entwickelung der Rhachitis die Vereinigung mehrerer Ursachen, Erblichkeit, ungünstige äussere Verhältnisse, individuelle Disposition nothwendig ist.

A. Kissel: «Ueber die Häufigkeit der Rhachitis in Moskau».

Im Laufe von 2 Jahren untersuchte Vortragender 2530 Kinder der ersten 3 Lebensjahre, theils aus der Ambulanz des St. Olga-Hospitals (2424), theils aus der Privatpraxis (106). Charakteristische Erscheinungen der Rhachitis wurden etwa bei 80% gefunden, dabei bei den Kindern der ärmeren Bevölkerung ebenso häufig, wie bei den der Wohlhabenden und bei künstlich genährten Kindern ebenso häufig, wie bei Brustkindern. Die häufigsten Krankheitssymptome waren: rhachitischer Rosenkranz, Verdickung der Schädelknochen, Vergrösserung des Kopfes und Anaemie der Hautdecken. Dr. J. Strshelbicki fand unter den vom ihm untersuchten 800 Kindern 80% rhachitisch. Einen Zusammenhang der Krankheit mit hereditärer Lues konnte er nicht nachweisen. Das wichtigste aetiologische Moment bei der Entstehung der Rachitis seien Verdauungsstörungen.

Dr. N. Kowesnikow: «Zur Frage der Behandlung der Empyeme im Kindesalter».

Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen an 6 Kindern, denen die Thoracotomie gemacht wurde, und des eingehenden Studiums der Literatur kam Vortragender zum Schluss, dass die beste Behandlungsmethode der Empyeme die Thoracotomie mit Rippenresection ist. Die Operatien ist leicht und ungefährlich, verunstaltet nicht den Brustkorb und giebt, wenn sie möglichst früh ausgeführt wird, viel weniger Fisteln.

Dr. A. Semenow: «Einige Angaben über die Tracheotomie in Russland bei Croup und Diphtheritis».

Das vom Vortragenden benutzte Material bildeten: Journalartikel und Hospitalberichte (darunter auch des Prinzen von Oldenburg und Elisabeths-Hospitals in Petersburg und des St. Wladimir'schen in Moskau); 2) Dissertation von Dr. Krause; «Zur Frage der Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis im Kindesalter;» 3) Briefliche Mittheilungen von 12 Collegen. Das Material umfasst 1101 Tracheotomiefälle mit 36,1% Mortalität. In den 3 genannten Hospitälern wurden von allen Croup- und Diphtherie-Kranken 20,1%—2% und 15,7% operirt. Das % der Heilungen nach Tracheotomie ist bei uns dasselbe, wie im Auslande, das % der Operirten aber viel geringer. Das % der Heilungen wird durch die Tracheotomie um 3,1—11,2% höher. Die grösste Zahl der Tracheotomie fiel auf das Alter von 2—5 Jahren; dem entsprechend ist die Zahl der Heilungen nach der Operation in diesem Alter auch grösser. Im allgemeinen hat das Alter keinen Einfluss auf den Ausgang der Operation; das Mortalitätsprocent hängt, sowohl bei den Operirten, wie Nichtoperirten, ausschliesslich von der Krankheit selbst ab. Die Operation ist ungefährlich und wird von Kindern jeden Alters gut überstanden; die Operirten müssen aber sehr sorgfältig gepflegt werden. Die Canülen werden am häufigsten am 7—10 Tage entfernt. Seit der Einführung des Heilserums wurde die Zahl der Fälle, bei denen operativ eingegriffen werden musste, geringer, das % der Heilungen nach der Traheotomie bedeutend höher. Viel seltener, als die Tracheotomie wird die Intubation des Larynx ausgeführt. Im Laufe von 5 Jahren wurde im Hospital des Prinzen von Oldenburg die Intubation bei 30 Patienten angewandt; bei der Hälfte derselben musste darauf die Tracheotomie gemacht werden. Die Mortalität ist bei der Intubation dieselbe, wie bei Tracheotomie.

2. Sitzung am 26. April.

Zum Ehrenpräsidenten wurde Dr. W. Dreier gewählt.

Dr. J. Schmukler: «Die Onanie der Kinder; ihre Ursachen, Symptome, Folgen und Behandlung».

Die Selbstbefleckung ist unter den Kindern sehr verbreitet (nach Berger onaniren von 100 Jünglingen und Mädchen 99). Die Ursachen derselben sind; hereditäre neuropathische Praedisposition, Unsauberkeit bei der Kinderpflege, unzweckmässige Diät, schlechte Erziehung, Unvollkommenheit der Schulhygiene. Ausser den allgemein bekannten physischen und psychischen Eigenthümlichkeiten der onanirenden Kinder, weist Vortragender noch auf einige objective Symptome bei denselben hin: nach Renzi — Fehlen des Patellarreflexes, Schlaffheit des caput penis, Abschwächung des Cremasterreflexes, Ulceration der frischen Wundnarben nach Poulier. Die Folgen der Onanie sind: Neurasthenie, Abnahme der Geschlechtsfunction, widernatürliche Geschlechtstriebe. Zur Bekämpfung derselben empfiehlt Vortragender hygienische Erziehung der Kinder, Fernhaltung von erregender Lectüre und Bilder und rechtzeitige Behandlung localer Affectionen der Geschlechtstheile.

Dr. E. Sklowsky: «Die Serumbehandlung der Diphtherie in der klinischen Abtheilung des Kiew'schen Alexanderhospitals.»

77 durch Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie des Rachens; Diagnose wurde in allen Fällen durch die bacteriologische Untersuchung gesichert. Das % der Mortalität war um die Hälfte geringer, als im 1894, wo das Heilserum noch nicht angewandt wurde (41.5% im 1894: 20,3% im 1895). Die schweren Diphtheriefälle gaben bei der Serumbehandlung eine Mortalität von 43,3% anstatt 76,5% im 1894. Complicationen kommen bei der Serumbehandlung häufiger vor, sprechen aber eher zu Gunsten derselben, da ihr Eintreten nur durch die Lebensverlängerung ermöglicht wird.

Dr. W. Dreier: «Die Serumbehandlung der Diphtherie im St. Wladimir'schen Kinderhospital in Moskau im Jahre 1895.»

546 bacteriologisch gesicherte Fälle. Injecirt wurden 1000 Einheiten, in den schweren Fällen aber 2000 und 3000 Einheiten. Die Mehrzahl bekam nur eine Injection. Neben dem Serum wurden auch die allgemeine und locale Behandlung angewandt. Mortalität = 16,3%, im Quinquennium 1890—1894 Mortalität — minimum 40,3%.

Die geringste Mortalität gaben die rein bacillären Formen der Diphtherie — 11,9%, die grösste — bei der Streptococcus-Infection — 17,7%. Die Complicationen nach den Injectionen waren leicht und selten: in den ersten 2 Tagen — Scharlachartige, am 10—12 pockenartige Exantheme; sehr selten — Schmerzen in den Gelenken und Muskeln; Albuminurie und Haematurie waren bei der Serumbehandlung weder intensiver, noch häufiger, als vor derselben. Die Epidemie des Jahres 1895 war, ihrer Schwere nach, denjenigen der vorgehenden Jahre gleich. die Tracheotomie wurde im 1895 in 52,3%, während in den vorhergehenden 17 Jahren sie nur in 43,5% gemacht werden musste. Die Veränderungen im Laufe der Krankheit waren je nach der Form derselben verschieden: bei den leichten, localen Formen schwanden die Beläge nach der Injection; bei der septischen Diphtherie wurde in der Mehrzahl der Fälle das weitere Vorschreiten der Krankheit verhindert; bei Croup des Larynx wurde keine Beschleunigung der Ablösungen der Ablagerung beobachtet. Das Heilserum wirkt nur prophylactisch und ist nicht im Stande die unter dem Einfluss des Toxins entstandenen Veränderungen zu heilen. Die Behandlung muss daher möglichst früh eingeleitet werden.

Dr. E. Kontrebinsky: «Auszug aus dem klinischen Bericht über den Scharlach in den Jahren 1894 und 1895 und die Behandlung der postscarlatinösen Nephritis.»

Scharlachfälle kommen in Kiew immer vor; im Herbst tritt die Krankheit gewöhnlich epidemisch auf. Mortalität grösser, je jünger der Pat. In den 2 Berichtsjahren waren die Epidemien intensiver, als in den 2 vorigen Jahren; die Nierenentzündungen waren doppelt so häufig und entwickelten sich gewöhnlich am Ende der dritten Krankheitswoche; Dauer derselben in 25 Fällen 1—9 Tage, in 14 Fällen 10—18 Tage, in 2 Fällen — 1½ Monate. Behandlung: Vermeidung von Erkältungen, Ruhe, Milchdiät, warme Bäder, Laxantien, Eiweisshaltige Nahrung wurde von den Pat. schlecht vertragen.

W. Schukowsky: «Sklerema neonatorum.»

Vortragender berichtete über 4 Fälle dieser Krankheit, von den 2 letal endigten.

J. Troicki: «Dosirung der Arzneimittel in Abhängigkeit von den anatomischen, chemischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten des wachsenden Organismus.»

Die gegenwärtig gebräuchliche Dosirung der Arzneimittel für die Kinderpraxis ist unzuverlässig und muss die Dosis jedes einzelnen derselben durch Versuche und Beobachtungen am Krankenbett genau bestimmt werden. Die Nothwendigkeit einer solchen Bestimmung ergiebt sich aus der ungleichen Empfindlichkeit der Kinder gegen verschiedene Arzneimittel: gegen Opium, — Antimon- und Digitalispräparate z. B. sind dieselben sehr empfindlich, während Belladonapräparate und Antipyrin von ihnen gut vertragen werden. Ausserdem haben die von Falck angestellten Versuche die verschiedene Empfindlichkeit der Kaninchen gegen Strychnin ergeben, wobei die jüngeren dasselbe viel besser vertragen.

Daraufhat die Section folgendes beschlossen:

1) Eine Commission zur Ausarbeitung eines Programms zur Untersuchung der Häufigkeit und Bedingungen der Verbreitung der Onanie unter den Kindern zu wählen. In diese Commission wurden die Dr.Dr. Kissel, Krasnobaew und Grigorjew gewählt; 2) Den Nutzen der prophylactischen Injectionen des antidiphtheritischen Heilserums für unbewiesen zu betrachten; 3) das Studium der Verbreitung der Rhachitis bei der Dorfbevölkerung Russlands nach einem einförmigen Programm für wünschenswerth zu finden. S.

Eshenedelnik 21 – 40. incl.

J. Schmuckler: «Über das Wesen der Eclampsie». (Nr. 21).

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über die gangbaren Theorien der Eclampsie, S. ist der Ansicht, dass es sich um eine Intoxication des Organismus, speciell des centralen Nervensystems handelt. Die Retention der die Intoxication hervorrufenden Stoffe findet ihre Erklärung in dem Umstande, dass der weibliche Geschlechtsapparat zur Zeit der Schwangerschaft Geburt und Wochenbetts nicht normaler Weise functionirt, während unter anderen Verhältnissen diese Producte durch Tuben, Uterus und Vagina während der Menstruation eliminirt werden. Als Beleg für diese Ansicht führt Verf. den Umstand an, dass also eine ungenügende Nierenfunction nicht immer beschuldigt werden kann. Die Lochien, der Schweiss und das Menstrualblut müssen einer genauen chemischen Untersuchung unterworfen werden. Zum Schluss werden einige Krankengeschichten angeführt.

A. Zuckermann: «Ueber Malaria bei Kindern». (Nr. 21).

Ein 7-jähriges Mädchen litt an einer mit Nephritis complicirten Malaria, die erfolglos mit Chinin behandelt wurde. Wenn dieses Mittel resultatlos ist, verordnet Verf. Tinct. Eucalypt. 15,0; Chin. mur. 2,0; Chinoid 1,0 3-stündlich 25 Tropfen.

O. Resnikow: «Die Böhmischen Curorte Karlsbad, Marienbad und Franzensbad». (Nr. 22).

J. Goldenberg: «Bericht der Ambulanz für venerische Krankheiten und Syphilis 1895». (Nr. 23).

Der Bericht bezieht sich auf eine Ambulanz in Nikolajeff. Von 205 venerisch Kranken waren 84 = 40,09% inficirt von Prostituirten, die unter polizeisanitärer Aufsicht standen. Verf. zieht daraus den Schluss, dass die Controlle über die Prostituirten eine ungenügende und ein 3-monatlicher Aufenthalt im Hospital bei stattgehabter luetischer Infection ein zu kurzer ist.

Es werden die verschiedenen Formen der Syphilis, Gonorrhoe und verschiedene Complicationen besprochen.

M. Günzburg: «Casuistisches». (Nr. 24).

I. Bei einer 27-jährigen Drittgebärenden stellte sich nach Durchtritt des Kopfes ein Geburtshinderniss ein, das seinen Grund hatte in einer in der Kreuzbeingegend des Kindes sitzenden, fluctuirenden Geschwulst, aus der sich bei der Punction 7—10 Bierglas seröser Flüssigkeit entleeren liess. Das Kind wurde todt geboren, über der Wirbelsäule fühlte man einen Spalt, wie bei der spina bifida.

II. Verf. beobachtete bei einer 20 jährigen Bäuerin einen Abort von Früchten im 4. Monat. Drei von diesen hatten einen gemeinschaftlichen Fruchtsack, eine stellte eine Missgeburt dar (ungenügende Entwickelung des Kopfes und rudimentäre Anlage der oberen Extremitäten).

G. Katz: «Einige mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie in Selidowka». (Nr. 25).

Während einer Epidemie behandelte K. 11 Fälle von Diphtherie mit Seruminjectionen, 9 genasen, 2 starben; vor Anwendung der Serumtherapie war die Sterblichkeit eine höhere. Nebenbei wurden Spülungen mit Kalichlor. und Pinselungen mit Ol. Martis und Glycerin verordnet.

Wassiljew: «Vergleichende Werthschätzung der verschiedenen Methoden der Bestimmung des Eiweisses im Harn». (Nr. 26).

Vorläufige Mittheilung.

Verf. titrirte den eiweisshaltigen Harn mit 25% Lösung von Salicylsulfosäure, der Harn gewann eine ziegelrothe Färbung. 1 Ccm. dieser Lösung giebt bei 0,01006 Grm. Eiweiss einen Niederschlag.

Die quantitative Bestimmung wird in der Weise gemacht, dass man zu 10—20 Ccm. filtrirten, übrigens mit destillirtem Wasser verdünnten, Harn 3 Tropfen einer 1% wässrigen Lösung «echtgelb» hinzufügt und mit einer 25% Salicylsulfosäurelösung titrirt bis zur Ziegelrothfärbung. Die Titrirung muss bei schwach saurer Harnreaction vorgenommen werden.

A. v. Schroeder: «Ueber essentielle Anämie». (Nr. 27).

Verf. tritt der Ansicht entgegen, dass die Anwesenheit von Tänien oder Bothriocephalus zur progressiven perniciösen Anämie führt, wohl aber können beide Erkrankungen mit einander combinirt sein, als zwei verschiedene Krankheiten. Der rapide Zerfall der rothen Blutkörperchen wird auf Infection zurückgeführt mit Parasiten oder «Anämiekörperchen». (M. Perles).

A. Pjassetzky: «Ueber «post pneumorrhagische tuberculöse Pneumonien». (Nr. 28 und 29).

Verf führt zwei Fälle an, wo im Anschluss an eine heftige Lungenblutung bei nicht weit fortgeschrittenem tuberculösem Process in den Lungen sich durch Ansammlung des Blutes in irgend welchen Bezirken der Lunge eine tuberculose Pneumonie bildete, die rasch zum Tode führte. Ob der Fibringehalt als solcher reizend wirkt oder bei erfolgter Zersetzung den geeigneten Boden zur Ansiedelung von Keimen bildet, bleibt unentschieden, ebenso möglich ist es, dass mit dem Blut eine Disseminirung mit Tuberkelbacillen stattfindet Ein derartiger Krankheitsfall verläuft unter dem Bilde einer Phthisis acutissima oder florida.

G. Marinesco: «Die moderne Anschauung der englischen Schule über die Rindenlocalisation; zusammengestellt von M. Günzburg». (Nr. 30 und 31).

Referat und Wiedergabe des Inhaltes oben citirten Werkes von Marinesco.

N. Wassenko: «Zwei Fälle anormaler Entwickelung der weiblichen Genitalien». (Nr. 32).

Fall I: 14jähriges Mädchen. Die Vagina endete blind, im kleinen Becken eine halbkugelförmige, fluctuirende, wenig bewegliche Geschwulst.

Diese wurde per laparotomiam entfernt, war 13 Cm. lang und 10 Cm. breit, die Wände 1—2 Cm. dick. Uterus, Ovarien, und Tuben waren nicht vorhanden. Verf. nimmt an, dass es sich um ein Terratom der linken Tube handelt. Die äusseren Genitalien waren normal entwickelt. Die cystenartige Geschwulst wies an zwei asymetrischen Stellen dermoidartige Gebilde auf. Die Geschwulst hatte einen deutlichen Stiel, an dem eine Torsion bemerkt wurde, Blutergüsse in die Geschwulst.

Fall II: Bei einer 24-jährigen Nullipara: Vagina septa et uterus bicornis duplex.

M. Schiperowitsch: «Zur Casuistik der Lepra tuberosa et anaesthetica». (Nr. 33).

Sch. beschreibt einen typischen Leprafall. Ein aus der Umgegend Petersburgs stammender 21-jähriger Bauer, in dessen Umgebung kein Leprafall bekannt war, zeigte charakteristische Knoten-, Geschwürs- und Narbenbildung an verschiedenen Körperstellen, dabei bestand Anästhesie. Im Harn, Faeces Speichel, Schweiss und Nasensecret wurden keine Bacillen gefunden, dagegen fanden sich in den Borken und dem Blut das beim Ablösen derselben hervortrat, reichliche Mengen Bacillen frei zwischen den Blutkörperchen.

J. Schmuckler: «Zur Behandlung der tuberculösen Lymphdrüsenentzündung mit Quecksilberpflaster und Arsen» (Nr. 35).

Verf. behandelt die tuberculöse Lymphadenitis durch längere Zeit hindurch mit Arsen und Auflegen von Emplastrum hydrargyr; unter dieser Behandlung gehen derartige Lymphdrüsen zurück. Verf. führt einen Fall an, wo bei einem 32 jährigen Manne eine hühnereigrosse schmerzlose Geschwulst in der regio submentalis bestand, die von anderer Seite als maligne angesehen wurde. Unter oben angegebener Behandlung schwand die Geschwulst bald, war mithin nicht bösartiger Natur, woraus Verf. den Schluss zieht, dass die Therapie auch ex juvantibus als diagnostisches Mittel dienen kann.

G. Lewin: «Zur Casuistik der mehrfachen Zwillingsschwangerschaft». (36).

In Russland kamen laut statistischen Angaben auf 50 Geburten eine Zwillings- und auf 4054 eine Drillingsgeburt Verf. führt einen Fall an, wo eine Frau vier Mal Zwillinge geboren.

B. Aschchamurow: «Ueber den Dammriss bei Geburten». (Nr. 39).

Im Gegensatz zu den früher sehr häufig executirten Dammincisionen wird die blutige Durchtrennung des Damms jetzt viel seltener vorgenommen. Man trifft Fälle, wo die Perineotomie von unverkennbarem Werth ist. Bei starkem Widerstand von Seiten des Beckenbodens, namentlich bei ungünstiger Einstellung des Kopfes, geht beim Nachlassen des Widerstandes durch eine Dammincision die Drehung des Kopfes leichter von Statten. Verf. hat in 14 Fällen die Perineotomie angewandt, A. macht die Incision in der Mittellinie 2—4 Cm. lang.

J. Violin: «Zwei Fälle von Contractur als Complication der Cholera». (Nr. 40).

Bei einem 9-jährigen Mädchen zeigte sich in der Reconvalescenz eine deutliche Contractur beider Handgelenke, die in Flexion und Abduction verharren. Die anormale Haltung soll sich plötzlich, 12 Tage nach der Erkrankung, gebildet haben. Die Contractur dauerte aber nur zwei Tage, dann schwand dieselbe spurlos. In einem anderen Fall hatten sich noch Contracturen der Füsse in pes equinus-Stellung hinzugesellt. Auch in diesem Fall dauerte dieser Zustand nur einen Tag an.

Lingen.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Juni — September).

A. Tschemolossow: «Formaldehyd als Conservirungsmittel bei Anfertigung von makroskopischen Gelatinepräparaten des Auges». (Juni).

Das von den Weichtheilen gereinigte Auge wird zuerst auf einige Tage in eine 2 proc. Formalinlösung gelegt, darauf 25—35 Minuten in Eis oder Schnee gebettet und der gefrorene Bulbus in 2 Hälften getheilt. Die beiden Hälften werden nun auf 24 Stunden in eine 5 proc. wässrige Lösung von Chloralhydrat übergeführt und darauf zuerst in eine 25 proc., dann 50 proc. wässrige Glycerinlösung gelegt, in der das Auge bis zur Sättigung (circa 24 Std.) verbleibt. Zuletzt geschieht die Einbettung in Gelatine, wobei natürlich das Eindringen von Luftblasen vermieden werden muss. Nach obigem Verfahren haben Dr. E. Blessig, der bereits 1893 solche Augen demonstrirte, und Autor eine Collection von Augenpräparaten in der Petersburger Augenheilanstalt angefertigt und geben ihm den Vorzug vor allen anderen Methoden.

K. Morkotun: «Ueber eine Complication der Influenza». (Juni).

Autor beobachtete bei einem an multipler Spinalsclerose leidenden 50-jährigen Patienten nach Influenza mit katarrhalischen Erscheinungen akute Schwellung und Schmerzhaftigkeit zuerst des einen und nach einiger Zeit des anderen Hoden. Die entzündlichen Erscheinungen gingen bald zurück und waren, wie Autor meint, durch die vorhergehende Influenza hervorgerufen, da Orchitis als seltene Complication bereits mehrfach beobachtet worden ist.

A. von Schröder: «Die Diagnostik der Helminthiasis». (Juni, Juli).

Genaue Besprechung der Symptome und Diagnose der Helminthiasis, wobei besonderes Gewicht auf die mikroskopische Untersuchung gelegt wird.

N. Kirikow: «Zur Kasuistik der Hirnabscesse». (Juli, August).

Ein 23-jähriger Matrose war 10 Tage vor seiner Aufnahme in das Petersburger Marinehospital akut erkrankt mit Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen und Schwindel. Der Puls war verlangsamt, die Pupillen reagirten etwas träge auf Lichteinfall, das Bewusstsein war erhalten. Später gesellte sich Erbrechen hinzu, die Kopfschmerzen wurden, besonders bei Bewegungen, unerträglich, traten anfallsweise auf, wonach Patient halb komatös wurde. Die Sehschärfe nahm allmählich ab (ophthalmoskopisch-Hyperämie der Netzhautgefässe und der Papille), das rechte Auge wurde etwas vorgedrängt und die Pupille war weiter als links. Nach ungefähr 14 Tagen starb Patient. Bei der Section fand sich ein grosser, mit dickem grünlichen Eiter ausgefüllter Abscess im centralen Theil des linken Hinterhauptlappens, der durch eine kleine Oeffnung mit den Seitenventrikeln communicirte. Im rechten Hinterhauptlappen lag gleichfalls central ein zweiter Abscess von Wallnussgrösse. Mehr zur Mitte lag ein dritter mit dem ersten communicirender kleiner Abscess mit derben Wänden. Ihre Entstehung verdankten die Abscesse vielleicht einer abgelaufenen croupösen Pneumonie.

W. Hiltebrandt: «Ein Fall von Abdominaltyphus mit akuter Encephalitis». (Juli).

Autor beobachtete einen schweren Typhus bei einem 16-jährigen Kadetten, zu dem sich lobäre Pneumonie hinzugesellte und der nach 6 Wochen letal endete. Bei der Section erwiesen sich beide Corpora striata bläulich verfärbt und erweicht, die graue Substanz im Nucleus caudatus und lentiformis mit Blutpunkten bedeckt. Ob die während der Krankheit aufgetretenen profusen Schweisse, die klonischen Zuckungen in den Extremitäten, das zeitweise beobachtete Jucken von den oben erwähnten Veränderungen der Corpora striata abhingen, wie Autor annehmen möchte, muss dahingestellt bleiben.

A. Routschewsky: «Ein Fall von akuter Gastroenteritis». (Juli).

Dieselbe war dadurch hervorgerufen, dass der Patient auf einmal 20 Bananen und 2 Ananas zu sich genommen hatte. Bald trat nach Erbrechen und Durchfall völlige Anurie auf und Patient starb am 5. Tage.

W. Knorre: «Zur Verbreitung der Tuberkulose zwischen den Mannschaften des Kronstädter Hafens und ihre Verhütung». (August, September).

E. Kieber: «Zur Pockenimmunität». (August).

Autor theilt seine Beobachtungen mit, die er an Matrosen der Schwarzmeerflotte in den Jahren 1883—91 gemacht hat und die nochmals bewiesen, wie nutzbringend die obligatorische Schutzimpfung ist. Von den Geimpften erkrankten 7 Proc. an Pocken, von den Nichtgeimpften 48 Proc.

N. Bogoljubow: «Ueber Erkrankungen an Cholera asiatica in Kronstadt und deren Aetiologie». (August).

Im Jahre 1895 trat die Cholera in Kronstadt sporadisch auf: im Juni erkrankten 3 im November 2 den Arbeiterklassen angehörende Personen. Alle hatten sie das äusserst schmutzige Wasserleitungswasser Kronstadts ungekocht getrunken und huldigten mehr oder weniger dem Alkohol. Alle 5 Patienten starben.

W. Aristow: «Ein Fall von syphilitischer Rückenmarklähmung (Erb.)». (August).

Einen Monat vor der Aufnahme in das Marinehospital zu Sewastopol hatte der Patient einen kondylomatösen Ausschlag gehabt. Bei der Aufnahme war völlige Paraplegie der Beine vorhanden mit Erhaltung der Sensibilität. Contracturen oder Muskelatrophieen fehlten, die Sehnenreflexe waren verstärkt, Blase und Mastdarm waren gelähmt. Die Lähmung erstreckte sich also auf das Gebiet unterhalb des Diaphragma. Nach specifischer Behandlung liess sich eine bedeutende Besserung aller Erscheinungen constatiren, so dass Patient allein gehen konnte.

N. Jessipow: «Ueber die Wirkung der Blutentziehung auf die chemische Zusammensetzung des Blutes und auf die Immunität des thierischen Organismus gegen Cholera». (September).

J. kommt in seiner experimentellen Arbeit zu folgenden Schlüssen: Nach reichlichen Blutentziehungen ändert sich die chemische Zusammensetzung des Blutes (bei Kaninchen, Meerschweinchen, Tauben); das Blut erwirbt bactericide Eigenschaften. Diese Veränderung tritt allmählich auf und langsam ansteigend erreicht sie den Höhepunkt 24 Stunden nach dem Aderlass, um dann wieder allmählich abzunehmen. Entsprechend dem Auftreten der bactericiden Eigenschaft im Blut der Meerschweinchen nimmt auch die Resistenz dieser Thiere gegen intraperitoneale Choleraimpfung zu. Wiederholte Blutentziehungen erhöhen die Resistenz der Meerschweinchen gegen Cholerainfection stärker, als einmalige Blutentziehung. Der Phagocytose fällt die Hauptrolle bei dem Schutz des Organismus gegen Choleraimpfung nach Blutentziehungen zu.

W. Jazuta: «Formalin bei Erkrankungen des Kehlkopfs, der Ohren und der Nase». (September).

Autor wandte das Formalin in 5 proc. Lösung theilweise als Inhalation mit dem Trillat'schen Apparat bei akuten und chronischen Kehlkopfkatarrh an, theilweise als Nasendouche bei Coryza und in Form von Einträufelungen (1:500) bei Otitis media purulenta. Im allgemeinen waren die Resultate gut, so dass das Formalin nach des Autors Meinung als Adstringens und Antisepticum vor anderen Mitteln den Vorzug verdient und weitere Versuche erwünscht sind.

Weyert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Februar – Mai. Nr. II – V. 1896.

D. Ott: «Recto-vaginale Untersuchungsmethode der Organe des kleinen Beckens». (II).

Schon vor 2 Jahren hatte O. seine Untersuchungsmethode in einer der Sitzungen der St. Petersburger geburtshilflich-gynaekologischen Gesellschaft zur Sprache gebracht. Jetzt, nachdem er dieselbe wiederholt geprüft, empfiehlt er sie auf's wärmste. Der Mittelfinger der untersuchenden Hand wird ins rectum eingeführt, während der Zeigefinger derselben Hand in der vagina zu liegen kommt. Wird bei dieser Lage die andere Hand auf die Bauchdecken gelegt, so können bei combinirter Untersuchung die Beckenorgane viel leichter bestimmt und Veränderungen derselben genauer erkannt werden.

O. W. Prokofjewa: «Kurzer Bericht der gynaekolog. Abtheilung des klinischen Helenen-Institutes vom 1. October 1885 bis 1. Januar 1895» (II).

Im ganzen wurden 6637 Kranke ambulatorisch, 1120 Pat. stationär behandelt. Von 1084 angeführten Operationen sind 246 Coeliotomien, 60 Totalexstirpationen des Uterus.

W. G. Bekmann: «Schwangerschaft und Geburt complicirt mit Uteruskrebs». (II).

47-jährige VI. Gravida. Vaginalportion verkürzt, höckerig, derb. Die carcinomatöse Neubildung hat hauptsächlich die hintere Lippe zerstört und breitet sich rechts auch auf die Scheide aus. Uterus vergrössert in retroflexion. Linkes Parametrium frei, im rechten, der carcinomatösen Induration entsprechend, geringe Infiltration. Vaginale Totalexstirpation am 4. October 1895 glatte Heilung. Der Uterus enthielt ein Ei aus einem frühem Stadium der Schwangerschaft.

An diesen sehr ausführlich mittgetheilten Fall reiht Verf. epikritische Bemerkungen, deren Hauptpunkte folgende sind. Es ist nicht zu leugnen, dass das Uteruscarcinom in einer gewissen Zahl von Fällen die Conception erschwert. In der Mehrzahl der Fälle kommt der Krebs erst während der Schwangerschaft zur Entwickelung. Auf die Gravidität hat das Carcinom wenig Einfluss, eine Unterbrechung der Swangerschaft tritt gewöhnlich nicht ein. In den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft muss die Totalexstirpation des Uterus, ohne vorhergehende Entleerung seines Inhaltes, als Normalverfahren bezeichnet werden. In der 2 Hälfte der Gravidität ist, sobald erst alles krankhafte entfernt werden kann, das Leben der Mutter demjenigen des Kindes vorzuziehen. Kann nicht mehr radikal vorgegangen werden, so hat das Leben der Frucht den Vorzug.

Verf. referirt ferner über einen Fall von Carcinom der Vaginalportion, welches während der Geburt bei einer 38-jährigen VI para constatirt wurde. Spontane Geburt. Am 15 Tage nach der Geburt Totalexstirpation des Uterus. Heilung.

In allen nicht operativen Fällen, in welchen eine aktive Beendiung der Geburt indicirt ist, ist der Kaiserschnitt allen anderen Operationsverfahren vorzuziehen.

A. A. Sizinski: «Fall von Abreissen der Scheidengewölbe sub coitu. (II).

Bei einer 31-jährigen kräftig gebauten Frau, welche schon geboren hatte, trat nach einem, in halbsitzender Stellung, ausgeführten Coitus (Penislänge 5 Wersch.), eine sehr heftige Blutung auf. Es wurde ein Riss constatirt, welcher das hintere und beide seitlichen Scheidengewölbe einnahm. 7 Nähte. Prima intentio.

K. F. Slawjanski: «Ein Monat klinischer Thätigkeit».(III)

Bei einem Bestande von 66 Pat. wurden 31 gynaekologische Operationen ausgeführt darunter 12 mit Eröffnen der Bauchhöhle. Ausgang in allen Fällen günstig. An jede der Operationen knüpft Verf. epikritische Betrachtungen.

J. M. Lwow: «Zur Lehre von den amniotischen Strängen». (III)

Bemerkungen zu folgendem Fall: VI Para; Querlage, Fehlen von Herztönen und Kindesbewegungen. Wendung bei stehender Blase. Kind todt. gut entwickelt, nicht macerirt. Die Nabelschnur ist in einer Entfernung von /3 ihrer Länge durch einen dünnen amniotischen Strang comprimirt.

Th. A. Alexandrow: Ueber conservative Richtung in der Gynaekologie». (III).

Das Fehlen einer streng wissenschaftlichen Methode beim Studium der Frauenkrankheiten und der Mangel experimenteller Untersuchungen der Mehrzahl der Functionen der weiblichen Genitalien sind die Ursache so mancher Missgriffe, besonders in der Operativen Gynaekologie geworden. Der Genitalapparat der Frauen bildet kein vollständig separirtes Gebiet, sondern steht mit anderen Organen im Zusammenhang, welche von ihm specifisch beienflusst werden. Die Aufgabe des Gynaekologen ist diesen Zusammenhang auf Grund physiologischer und pathologischer Daten zu erforschen. Als Beweis für das eben Gesagte wird das Schicksal einiger Operationen angeführt z. B. der Alexander'schen Operation, Ventro und Vaginofixation etc. deren Entwickelung, Blüthe und Verfall ausführlicher besprochen werden.

A. P. Gubarew: «Die chirurgische Behandlung der Senkungen und Vorfälle des Uterus und der Scheide». (IV).

Die grosse Zahl der Behandlungsmethoden der Vorfälle weist auf die Unvollkommenheit derselben hin und besonders auf die verschiedenen und unklaren Vorstellungen von den Ursachen und Bedingungen, welche die normale Lagerung des Uterus hervorbringen. Die Anatomie lehrt, dass die Gebärmutter, eben so wie alle anderen Beckenorgane, in situ erhalten werden hauptsächlich durch den Beckenboden. Das häufigere Vorkommen von Hernien als auch von Prolapsen beim Weibe beweist, dass die Ursachen, welche einen Vorfall erzeugen, meist identisch sind mit denjenigen in deren Gefolge eine Hernie sich dildet, oder, dass die Oeffnungen des Beckenbodens bei der Frau solchen Ursachen gegenüber widerstandsfähiger sind. Bei den operativen Eingreiffen ist daher das Augenmerk des Verf. auch hauptsächlich auf die Befestigung des Beckenbodens gerichtet. Die von ihm ersonnenen Nahtmethoden sind im Originale nachzulesen.

P. T. Sadowski: Dayen's «Methode der Uterusexstirpation. (IV).

Nach kurzer historischer Uebersicht berichtet Verf. ausführlich über 6 von ihm nach dieser Methode operirten Fälle. Nachblutung ist kein Mal beobachtet worden. Einmal entstand nach 72 stündigem Liegen der Klemmen, Decubitus. *Nur in 3* Fällen fieberloser Verlauf. Dessen ungeachtet ist der Eindruck, welchen die Methode auf S. gemacht hat, ein so günstiger, dass er die geringe Anwendung dieser Methode unter den russischen Gynaekologen nur auf ungenügende Bekanntschaft mit derselben zurückführen möchte.

M. L. Kogan: «Experimentelle Studien über den Einfluss der Kastration auf die Uterusschleimhaut». (III, IV).

Die Entfernung beider Ovarien ruft stets atrophische Vorgänge im Uterus hervor an welchen sich auch die Schleimhaut betheiligt; ihre Drüsen und Oberflächenepithel schwinden in Folge regressiver Vorgänge. Die Stromazellen werden in Bindegewebe modificirt wie es bei der Alteratrophie eigenthümlich ist. Die nach der Kastration sich abspielenden Vorgänge sind denjenigen des Klimacterium analog. Die Ursache der nach Kastration in der Genitalsphäre auftretenden Veränderungen ist unbekannt, jedenfalls spielt dabei die Unterbindung der Tuben und der art. spermaticae keine Rolle

Katz: «2 Fälle von Abort bei Uterus bicornis». (IV).

Verf. referirt über 2 einschlägige Fälle. Im ersten Falle war das rechte, im 2. das linke Horn gravid. Beide mal musste wegen starker Blutung und Retention kleiner Eihautpartickel eine Auskratzung vorgenommen werden.

S. S. Shicharew: «Zur Lehre von der Menstruation». (XI, XII 1895. I, II, III, IV).

Ueber diese sehr umfangreiche und leissige Arbeit kann hier nicht ausführlich referirt werden.

Erwähnen wollen wir nur, dass die Untersuchungen Verf.'s, in Uebereinstimmung mit denjenigen anderer Autoren bestätigt haben, dass die Blutdruckschwankungen beim Weibe im geschlechtsreifen Alter graphisch als Welle dargestellt werden können. Analoge Wellenbewegungen im Zusammenhang mit der Menstruation sind vom Verf. auch für Temperaturschwankungen, Wärmeabgabe durch die Haut, Pulsfrequenz und Muskelstärke gefunden worden. Besonders deutlich sind die «Menstruationswellen» ausgesprochen auf den Curven der Kniereflexe, welche zur Zeit der Menstruation bedeutend herabgesezt sind.

Dobbert.

Довв. ценз. Спб. 27 Января 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1897.**

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 35–42.

L. Kriwsky: «Ein Fall von Lepra tuberosa». (Nr. 35—39).

Der 54 jährige Patient stammte aus Riga und war 5 Jahre nach seiner Uebersiedelung nach Petersburg an Lepra erkrankt. Er bot (10 Jahre nach Beginn der Erkrankung) die bekannten Erscheinungen der tuberösen Lepra. Es sei nur erwähnt, dass im Inhalt eines vereiterten Lymphdrüsenpaketes massenhaft Leprazellen mit Bacillen nachgewiesen wurden. Die erfolglose Therapie bestand in Darreichung von ol. Gynocardiae. Bald begann der Kranke zu fiebern und starb an allgemeiner Schwäche und catarrhalischer Pneumonie. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut fanden sich reichlich Bacillen, ebenso in der Zunge, weniger in den Hoden. In den übrigen Organen wurden keine Bacillen, dagegen Pigmentschollen, besonders in der Leber angetroffen, von denen Hansen annimmt, dass sie Ansammlungen von Sporen und sporenbildenden Bacillen seien.

W. Roshansky: «Zur Wirkung des Antidiphtherieserums auf die gesunde und kranke Niere». (Nr. 36).

Autor hat bei 73 Kindern, denen zu prophylaktischen Zwecken das Aronson'sche (2—3 ccm.) oder Roux'sche Serum (3–5 ccm.) injicirt worden war, den Urin stets eiweissfrei gefunden. In einem Fall von Racheudiphtherie, der ein $2^1/_2$ jähriges Kind betraf, das eben Scharlach durchgemacht hatte und an Nephritis scarlatinosa litt, wurden 1500 Einheiten Aronson'schen Serums injicirt. Zugleich mit den örtlichen Erscheinungen der Diphtherie schwanden danach auch bald Eiweiss und Blut aus dem Urin. Jedenfalls hatte also das Serum keine Verschlimmerung der bereits bestehenden Nephritis hervorgerufen.

B. Werchowsky: «Die Untersuchung des Gehörs vermittelst einer ununterbrochenen Reihe von Tönen». (Nr. 38—40).

Wiedergabe der Bezold'schen Untersuchungsmethode.

T. Pawlow: «Zur Pathologie des Pemphigus vegetans». (Nr. 37—40).

Nach Anführung der Literatur dieses ziemlich seltenen und früher für eine syphilitische Erkrankung gehaltenen Hautleidens, theilt Autor einen von ihm beobachteten Fall mit, der ein 26 jähriges Mädchen betraf. 2 Jahre vor der Aufnahme in das Kalinkinhospital waren die ersten Blasen aufgetreten, die dann allmählich sich über den grössten Theil des Körpers verbreitet hatten. Das mikroskopische Bild der Vegetation deckte sich mit dem zuerst von Neumann beschriebenen. Besonders möchte P. noch die Aufmerksamkeit auf die Pigmentation lenken, die gleichzeitig mit den Vegetationen oder auch ohne dieselben an Stelle der Bläschen auftritt. Um die bisher noch dunkle Aetiologie aufzuklären, übte Autor nach Hallopeau's Beispiel einen Hautreiz mit Hilfe von spanischen Fliegenpflaster aus. Nach 24 Stunden bildeten sich an der betreffenden Stelle Blasen, die nach 5 Tagen in pigmentirte Vegetationen übergingen. Das beweist also, dass auch künstlich erzeugte Blasen bei einem solchen Kranken mit der Bildung von Vegetationen complicirt werden können. Zum Schluss spricht sich Autor dahin aus, dass der Pemphigus vegetans nur eine Abart des gewöhnlichen Pemphigus ist, die unter noch unbekannten Umständen in Vegetationsbildung übergeht.

D. Sokolow: «Von wo stammt die Ansteckung? (Nr. 39, 41).

Besprechung der bereits bekannten und vielfach erörterten Wege, auf denen Infectionskrankheiten übertragen werden.

S. Rappoport: «Die Anwendung des Antistreptococcenserums bei Scharlach». (Nr. 40).

Autor wandte das im Institut für Experimentalmedicin hergestellte Serum, das allerdings um die Hälfte schwächer als das Marmorek'sche war, bei 16 Scharlachkranken des Oldenburger Kinderhospitals an. Sowohl bei 6 leichten als auch bei 10 schweren, von denen 6 starben, konnte weder eine Beeinflussung der Temperatur, noch der Complicationen constatirt werden.

T. Pawlow: «Ulcus gummosum vaginae». (Nr. 41).

Diese seltene Lokalisation eines Gumma wurde bei einer 24 jährigen Frau gefunden, die 2 Jahre früher syphilitisch inficirt worden war. Andere tertiäre Erscheinungen fehlten. Jodkali innerlich und Ungt. praecipt. rubr. lokal brachten bald das Geschwür zum Heilen, das Monate lang vordem erfolglos behandelt worden war.

Prof. J. Pawlow: «Ein Fall von experimentellem Ascites beim Hunde». (Nr. 42).

Bei einem Hunde, dem Autor zur Ausführung eines Versuches, einen Theil des Duodenum mit der Mündung des ductus choledochus resecirt und in die Bauchwunde eingenäht hatte, entwickelte sich allmälich eine Stenose des ductus choledochus. Dabei schwoll der Leib an und das Thier ging zu Grunde. Die Section ergab einen Erguss in die Bauchhöhle (3 Liter) ohne Veränderungen in den inneren Organen, nur die Leber war leicht cirrhotisch: ausserdem Anasarca und Hydrothorax. Autor ist geneigt anzunehmen, dass an erster Stelle beim Zustandekommen der Bauchwassersucht Veränderungen des Blutes in Folge von Gallenstauung in Betracht kommen und erst an zweiter Stelle Erschwerung der Circulation.

Weyert.

Wratsch Nr. 47–52 incl. 1896.

D. Kamensky: «Ueber den Mechanismus der Wirkung des Digitalins auf den Rythmus der Herzcontractionen bei warmblütigen Thieren». (Nr. 47).

Wir wissen, dass die Innervation des Herzens und die physiologische Bedeutung dieses Organs beim Frosch und Warmblütern im Allgemeinen die gleichen sind; man konnte deshalb erwarten, dass auch die Wirkung pharmakologischer Agentien, wie des Digitalins, auf das Herz bei beiden Thierarten die gleiche sein wird. Dies wird in der That auch beobachtet, solange wir die allgemeine Wirkung des Mittels berücksichtigen, die Identität schwindet aber beim Betrachten der Einzelheiten des Vergiftungsbildes. In der Wirkung des Digitalins unterscheiden wir bekanntlich 4 Stadien: I. Stadium der Pulsverlangsamung, als Folge der Reizung des Herzhemmungsapparates, die im II. St. unter Lähmung der Vagusenden in Pulsbeschleunigung umschlägt, im III. St. tritt Herzstillstand ein: Wirkung des Digitalins auf den Herzmuskel selbst. Die Versuche des Verf. mit dem Digitalinum verum an den Hunden mit durchschnittenem Rückenmarke (zwischen dem ersten und zweiten Halswirbel) haben ergeben: Die Pulsverlangsamung im I. St. kommt auf zweierlei Weise zu Stande: zuerst hauptsächlich durch Verlängerung der Diastole — diastolische Verlangsamung und darauf vorzugsweise durch Verlängerung der systolischen Contractionen — systolische Verlangsamung. Auf das Vaguscentrum hat das Digitalin keinen Einfluss; was die letzten Endigungen des Vagus anbetrifft, so kann nur die diastolische Verlangsamung auf eine Reizung derselben zurückgeführt werden, die systolische aber hängt von der specifischen Wirkung des Digitalins auf den Herzmuskel ab. Die Pulsbeschleunigung im II. St. tritt nur beim Zusammenhange des Herzens mit dem Pulsbeschleunigungscentrum ein, beim durchschnittenen Rückenmarke giebt das Digitalin auch in giftigen Dosen keine Beschleunigung. Der Stillstand des Herzens im III. St. erfolgt in der Herzsystole oder Hemisystole.

W. Popow: «Einige ophthalmologische Beobachtungen». (Aus dem Kutaiss'schen Militärhospital). (Nr. 47, 48, und 49).

Darunter sind 4 Fälle von sehr günstiger Wirkung der Subcutaninjectionen von Pilocarpinum muriaticum und Hydrargyrum cyanatum in den Anfangsstadien der Atrophia nervi optici, gleichviel aus welcher Ursache, insbesondere aber bei Lues. Es folgen darauf einige Fälle von Neubildungen des Augapfels und der Augenhöhle (cavernöse Angiome, Schleimcysten, Papillome); ein Fall von Blutung in die vordere Augenkammer in Folge traumatischer Zerreissung der Gefässe der Iris, ohne Verletzung der übrigen Theile des Auges; ein Fall von doppelsei-

tiger Stauungspapille; einige Fälle von Netzhautablösung durch Cauterisation der Sklera an den, der Lage des die Netzhaut ablösenden Exsudats, entsprechenden Stellen, geheilt. Ausserdem 4 Fälle von Verbrennung der Hornhaut und Conjunctiva (durch Ammoniakdämpfe und Pulverexplosion), aus denen zu ersehen ist, dass der Gebrauch des Atropins in solchen Fällen contraindicirt ist; am besten werden solche Verbrennungen durch Antiphlogistica und leichte Cocainsalben behandelt. Es folgt darauf ein kurzer Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Trachoms: Sublimatlösungen in verschiedener Concentration und Form gaben dem Verfasser die besten Resultate; vom Jodsilber sah er keine befriedigende Resultate. Das Infus. sem. Jequirity erwies sich in mehreren Fällen von Pannus trachomatosus als sehr wirksam. Von den operativen Behandlungsmethoden des Trachoms wurde die Ausschabung mit dem scharfen Löffel angewandt; die Behandlungsdauer wurde dadurch bei dem, mit catarrhalischer Conjunctivitis complicirten Trachom nicht kürzer, als bei der medicamentösen Behandlung; beim trocknen Trachom dauerte die Behandlung nur 2 Wochen. Die Excision von Schleimhautstücken aus der Uebergangsfalte gab in vielen Fällen gute Resultate. Ueber das Ausbrennen der Trachomkörner mit dem Glühdrahte kann Verf., seiner geringen Erfahrung wegen, keine genauen Angaben machen. Das Ausdrücken der Trachomkörner mit Pincetten und Fingernägeln ist nur bei grossen, einzeln sitzenden Körnern anzuwenden, bei kleinen dicht stehenden Körnern bewirkt die Methode nur starke Reizung der Conjunctiva, die die Resorption der Körner nur wenig beeinflusst.

Prof. M. Senez: «Neue Modificationen und Anwendungen des Stethoskops zur Auscultation des Herzens und der Lungen». (Nr. 48).

Vorläufige Mittheilung.

Nach Entfernung der Muschel befestigte Verf. am Stabe des Stethoskops einen 1—2—3 Meter langen Gummischlauch, der am freien Ende mit einem für den Gehörgang bestimmten Zapfen versehen ist. Solch ein Stethoskop leite alle Auscultationserscheinungen sehr gut fort (am besten bei einem 1 Meter langem Schlauche) und ermögliche die Auscultation auch von einer bestimmten Entfernung und die Autoauscultation. Anstatt des Gummischlauches können Röhren aus Hartgummi angewandt werden, durch welche die Auscultationserscheinungen noch deutlicher und lauter werden. Auch soll das sog. Kinder-Telephon zur Auscultation der Brustorgane von einer ziemlich grossen Entfernung gebraucht werden können.

W. Dolganow: «Ueber die Veränderungen im Auge nach Unterbindung des gemeinschaftlichen Gallenganges». (Nr. 48 und 49).

Nach einer sehr ausführlichen Uebersicht der betreffenden Literatur bespricht Verf. die pathologisch-anatomischen Veränderungen an den Augen seiner 4 Versuchshunde, welche 2—3 Monate nach Unterbindung des Ductus choledochus zu Grunde gegangen sind. Es treten dabei folgende tiefgreifende Entzündungs- und Degenerationserscheinungen an den Augenhäuten auf: Die bindegewebige Grundsubstanz zeigt eine Kernvermehrung, die auf eine Wucherung derselben hinweist; am Gefässsystem lassen sich eine vermehrte Blutfüllung, Quellung des Gefässendothels, Verdickung der Gefässwände, Erweiterung der perivasculären Räume, Haemorrhagien und Exsudate wahrnehmen; das Nervensystem zeigt verschiedene Degenerationen des Protoplasmas der Ganglienzellen, Kernveränderung und Vergrösserung der Intercellularräume.

J. Troicki: «Die klinische und experimentell hervorgerufene Rachitis. Ihre Aetiologie und Wesen». (Nr. Nr. 35, 41, 44, 47, 48 und 49). (Siehe Referat in dieser Beilage, pag. 2, 1897).

M. Scherschewsky: «Die Rolle der Leber als Reservoir». (Nr. 50).

Verf. versteht darunter die Fähigkeit der Leber ein im Vergleich zur Norm viel grösseres Blutquantum in sich aufzunehmen und zwar denjenigen Ueberschuss, der unter dem Einfluss der Vasomotoren die Darmgefässe überfüllt. Die Capacität der letzteren ist bekanntlich eine so grosse, dass sie gelegentlich das ganze Körperblut in sich aufnehmen können, sie haben desshalb als Reservoir eine grosse Bedeutung. Die Erweiterung der Darmgefässe geschieht unter dem Einfluss der zum vasomotorischen System gehörenden Nervi splanchnici. Da aber das vasomotorische System als Schutzorgan im Kampfe ums Dasein die Hauptrolle spielt, so müssen wir annehmen, dass auch die Splanchnici, als ein Theil desselben, sich daran betheiligen werden und als Folge dieser Betheiligung sind grosse Schwankungen der Blutfüllung in den Darmgefässen und des Blutdruckes in den Gefässen des ganzen Organismus. Bei dieser grossen Aufgabe, als Blutreservoir zu dienen, kommt den Darmgefässen die Leber zu Hilfe, welche deshalb auch zu den Schutzorganen des Organismus im Kampfe ums Dasein gerechnet werden muss. Alle Eigenschaften des vasomotorischen Systems kommen daher auch der Rolle der Leber als Reservoir zu. Es fragt sich nun, wie diese Function der Leber zum Ausdruck kommt? Als ein Theil des vasomotorischen Systems besitzt die Leber, als Reservoir, dieselbe Adaptionsfähigkeit, wie das ganze vasomotorische System; es vergehen daher viele Jahre sog. latenter Arbeit dieser Leberfunction, bis dieselbe zu Tage tritt. Bei starker und rascher Entwickelung derselben zeigt die Leber eine bedeutende Vergrösserung, die durch Aufnahme grosser Blutquantitäten aus den Darmgefässen in die Lebergefässe bedingt wird. Die erweiterten Lebergefässe üben zuerst eine rein mechanische Wirkung aus: entweder reizen sie die Nervenendigungen mit secundärer reflectorischer Wirkung aufs Herz, oder sie drücken die parallel mit ihnen laufenden Gallengefässe zusammen, was plötzliche Gallenstauung und reflectorische Wirkung aufs Herz zu Folge hat. In beiden Fällen treten in Folge dessen vor Allem Erscheinungen seitens des Herzens auf: Herzklopfen, Präcordialangst, Sausen besonders im linken Ohre, Schlaflosigkeit, Aengstlichkeit, Hilflosigkeit. Dieselbe Rolle der Leber äussert sich auch als Vergrösserung derselben bei acuten Infectionskrankheiten. In der sich langsam entwickelnden Fähigkeit der Leber, als Reservoir zu dienen, die eine mehr oder weniger constante Vergrösserung des Organs zurücklässt, gehören zwei klinisch genau ausgesprochene Krankheitsbilder, welche entweder durch Gallenstauung in der Leber oder durch Stoffwechselstörungen bedingt werden. Die erste Form nennt Verf. die icterische, die zweite stellt den Symptomenkomplex dar, der unter dem Namen «Arthritismus» bekannt ist. Eine dritte, viel seltenere Form äussert sich in starken Aufregungszuständen der Patienten.

A. Aristow: «Scheidenspiegel für Syphilitische». (Nr. 50).

Es sind röhrenförmige specula, deren Form von der allgemein gebräuchlichen sich nur dadurch unterscheidet, dass der Rand des äusseren trichterförmig erweiterten Endes nicht ganz rund ist, sondern mit 4 abgerundeten, glattrandigen Flügeln versehen ist. An einem derselben befindet sich ein grosser Ausschnitt, der die Lage der Spitze des inneren abgeschrägten Endes des speculums nach dem Einführen desselben leicht und genau bestimmen lässt. Der Zweck solcher specula ist der Möglichkeit der Syphilisübertragung auf Nichtsyphilitische vorzubeugen.

J. Stein: «Ein billiger Petroleum-Sterilisations-Thermostat». (Nr. 50).

W. Orlow: «Zur Frage über die harten Neubildungen der Placenta». (Nr. 50 u. 51).

Die meisten bis jetzt beschriebenen Neubildungen der Placenta waren fibröse Myxome, in einzelnen Fällen auch Sarkome. Die 2 vom Verf. in der Dresden'schen Klinik untersuchten Geschwülste der Placenta stellten hühner- resp. gänseeigrosse Knoten vor an der foetalen Seite derselben — höckerig, mit zahlreichen Gefässfurchen. Beide waren im Placentargewebe eingebettet und hatten keine selbstständige Kapsel. Consistenz — hart. Das übrige Placentargewebe — normal. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste zeigte, als vorwiegendes Gewebe, zahlreiche, eng zusammengedrängte, erweiterte Capillaren; ausserdem aber auch theilweise myxomatös degenerirtes Bindegewebe. Verf. betrachtet deshalb diese Geschwülste der Placenta als Angiome.

W. Dolganow: «Ueber die Wirkung des Eucains auf das Auge». (Nr. 51).

Verf. untersuchte die Wirkung des salzsauren Eucains an gesunden Augen; er gebrauchte dabei fast ausschliesslich eine 1% Lösung, da stärkere Lösungen das Auge heftig reizen. Jedesmal wurden nur 3 Tropfen in den Conjunctivalsack eingeträufelt und eine Minute lang drin gelassen. Das Einträufeln verursacht starke Schmerzen. Die vollständige Anaesthesie tritt nach 1½—2 Minuten ein und dauert etwa 7—8 Minuten. Auf die Weite der Pupille und auf die Accomodation hat das Eucain keinen Einfluss. Die accomodationslähmende Wirkung des Atropins wird durch das Eucain gehemmt: das Eucain ist ein Antagonist des Atropins. Die Resorption aus dem Conjunctivalsack in die vordere Kammer wird nach der Wirkung des Eucains um das 4—8 fache gesteigert. Der intraoculare Druck sinkt. Es hat das Eucain vor dem Cocain keine Vorzüge und kann dasselbe nicht ersetzen.

B. Libow: «Zur Frage über die allgemeine und locale Wirkung der Schlammbäder des Tambukan'schen Sees, bei Frauenkrankheiten». (Nr. 51).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die dünnen Schlammbäder von hoher Temperatur und Concentration, wie sie in Shelesnowodsk gebraucht werden, nähern sich in ihrer Wirkung den gewöhnlichen Salzbädern derselben Temperatur.
2) Schlammbäder mittlerer Concentration nehmen auch in ihrer physiologischen Wirkung eine mittlere Stellung ein.
3) Die stärkste therapeutische und physiologische Wirkung haben die dicken Schlammbäder.

L. Heidenreich: «Emphysem der Leber». (Nr. 51).

In dem vom Verf. beobachteten Falle handelte es sich um einen an schwerem Abdominaltyphus verstorbenen Soldaten. Die Krankheit verlief ohne besondere Complicationen, Tod — an Herzschwäche. Seitens der Leber bestanden intravitam keine Symptome. Section etwa 24 Stunden nach dem Tode: an allen Organen der für Abdominaltyphus characteristische pathologisch-anatomische Befund. Leber in allen Dimensionen etwas vergrössert, auf dem Durchschnitt derselben zahlreiche, hanfkorn — bis erbsengrosse, runde. eiförmige, cylindrische und unregelmässig abgerundete, mit Gas gefüllte Höhlen. Rund um diese Höhlen — Ansammlung zahlreicher Stäbchen-Bacterien, die zuweilen in Form von Zoogloeen die Höhlen selbst vollständig ausfüllen. Die weiteren Untersuchungen zeigten, dass diese Stäbchen mit grösster Wahrscheinlichkeit, zu den gasbildenden Darmbacterien gehören. Verf. glaubt, dass es sich dabei um postmortale Veränderungen in der Leber gehandelt haben musste; wären diese Höhlen intra vitam entstanden, so würden sie doch irgend welche Symptome (Icterus, Schmerzen in der Lebergegend, Stauung im Gebiete der Vena Portae) hervorgerufen haben. Das Fehlen von Reizerscheinungen in der Umgebung der Bacteriennester spricht dafür, dass die Stäbchen sich erst nach dem Tode in der Leber vermehrt haben. Und in der That, finden wir in der Litteratur zahlreiche Beweise dafür, dass die Typhusbacillen, gewöhnliche Darmbacterien und andere Stäbchenarten nach dem Tode sich im Organismus stark vermehren. In Zucker- und Glycogenhaltigen Organen, wie die Leber, rufen die Darmbacterien Gährungsprocesse und Gasbildung hervor und als Folge derselben Höhlenentwickelung. Warum sich aber nur in diesem, sehr seltenem, Falle Höhlen gebildet haben, ist Verf. zu erklären nicht im Stande.

A. Maksutow: «Ein Versuch durch Tuberkeltoxin Immunität gegen Tuberkulose hervorzurufen». (Nr. 51).

Vorläufige Mittheilung.

Verf. extrahirte aus den afficirten Organen der an Tuberkulose zu Grunde gegangener Meerschweinchen eine absolut bacillenfreie Substanz, mit welcher er gesunde Meerschweinchen immunisirte. Bei subcutaner Injection ruft diese Substanz Infiltration an der Injectionsstelle. Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen und Gewichtsabnahme hervor. Mit diesem Gifte immunisirend erlangte Verf. nach 3—3½ Monaten einen Zustand, indem die Meerschweinchen die subcutane und intraabdominale Injection infectiöser Culturen und Tuberkelstückchen ohne jeden Schaden vertrugen, während die Controllthiere schon an einer einmaligen subcutanen Injection derselben Cultur zu Grunde gingen.

A. Sacher.

Westnik obstschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 7—9 incl. 1896.

A. Wwedensky: «Syphilis bei den Prostituirten in den Bordellen St. Petersburg's. (Nach einer eintägigen Revision)». (Nr. 7).

Auf Grund des gesammelten Materials stellt W. folgende Thesen auf:

1) Unter den Prostituirten in den Bordellen sind minimum 59% mit primärer 21,4% mit secundärer und tertiärer Syphilis behaftet; bei 39,6% wurde keine Syphilis vorgefunden.

2) Von den in die Bordellen eintretenden Prostituirten sind 33,3% schon vor ihrer Einregistrirung syphilitisch inficirt. Im Laufe eines Jahres werden in den Bordellen 9,5% bis 11,3% aller darin lebenden Prostituirten syphilitisch inficirt.

3) Die Prostituirten in den Bordellen werden vorzugsweise in den ersten 3 Jahren nach ihrer Registrirung syphilitisch inficirt. Es lässt sich voraussetzen, dass eine vollständige Syphilisation aller registrirten Prostituirten nach 5 Jahren eintritt.

4) In den Bordellen I. Klasse sind vorherrschend gesunde, in denen II. und III. Klasse vorherrschend syphilitische Prostituirte. In einigen Bordellen sind fast alle Prostituirte mit frischer Syphilis behaftet, der sanitäre Zustand derselben muss daher als ein sehr schlechter betrachtet werden.

P. Messarosch: «Zur Frage über die Verbreitung der Syphilis in Russland». (Nr. 7).

In seiner statistischen Arbeit kommt M. zu folgendem Schlusse: Für das Quinquennium 1890—1894 fand von 60 Gouvernements des Europäischen Russlands in 24 eine Abnahme, in 16 eine Zunahme des % der Syphilitiker, während in 20 Gouvernements dassebe unverändert blieb.

W. Nikitin: «Ueber den Nachweis von Arsenik bei Gegenwart von organischen Substanzen». (Nr. 7).

Für die Zerstörung der organischen Substanzen beim Nachweis von Arsen empfiehlt N. das Kochen derselben mit concentrirter Schwefelsäure in der Kjeldahl'schen Kolbe.

N. Tesjakow: «Ueber den Schutz der Arbeiter gegen Verletzungen mit landwirtschaftlichen Maschinen und Gerätschaften». (Nr. 8).

Verschiedene landwirtschaftliche Maschinen und Gerätschaften haben im letzten Decennium in Russland eine grosse Verbreitung gefunden. Gleichzeitig damit, wie aus dem statistischen Material der Landärzte zu ersehen ist, wächst mit jedem Jahre auch die Zahl der durch diese Maschinen unter den Arbeitern verursachten Unglücksfälle. Verf. theilt eine grosse Anzahl solcher Unglücksfälle mit und schlägt eine Reihe von Massregeln zum Arbeiterschutz vor.

A. Alekseewsky: «Die Typhusepidemie in Nowgorod im Jahre 1895».

Vom Juni 1895 bis Januar 1896 erkrankten an Abdominaltyphus 657 Personen = 2,5% der Stadtbevölkerung. Von diesen gehörten 230 dem Militär, — 427 dem Civilstande. Unter den letzteren waren 232 männlichen (darunter 97 Knaben) und 195 weiblichen (darunter 76 Mädchen) Geschlechtes. Die grösste Erkrankungszahl gab das Alter von 16—30 Jahren. Ihre grösste Verbreitung fand die Krankheit in den am meisten überfüllten Strassen mit schlechten hygienischen Verhältnissen. Durchschnittliche Krankheitsdauer 20—40 Tage. Die häufigsten Complicationen waren: katarrhalische Pneumonie — 35 Fälle, Bronchitis — 30 Fälle, Typhusrecidive 15 Fälle, Parotitis — 7 Fälle, ausserdem exsudative Pleuritis, Darmblutungen, Mittelohrentzündungen etc. Mortalität im Civilstande — 5,4%, im Militärstande — 19,8%. Bei der Entstehung der Krankheit spielt das Trinkwasser, in dem Typhusbacillen reichlich nachgewiesen wurden, wahrscheinlich, die Hauptrolle.

P. Grazianow: «Die Syphilis im Gouv. Minsk». (Nr. 8).

Auf Grund des gesammelten Materials kommt G. zu folgenden Schlüssen: Die Syphilis ist in einigen Kreisen des Gouv. Minsk endemisch. Die Krankheit wird auch hier unter den Dorfbewohnern grössten Theils auf aussergeschlechtlichem Wege, durch das enge Zusammenleben verbreitet. Die Bevölkerung des Gouv. Minsk hat nichts gegen die, mit gehöriger Vorsicht ausgeführten, allgemeinen Untersuchungen. Temporäre specielle Heilanstalten wurden von den Patienten sehr gern besucht.

G. Gerzenstein: «Die fliegenden Colonnen zur Bekämpfung der Syphilis». (Nr. 9 und 10).

Die Zahl der syphilitischen Erkrankungen im russischen Volke wächst ununterbrochen. Nach den Verbreitungsverhältnissen der Krankheit kann der Kampf mit derselben nicht localisirt werden, abgesehen davon, dass die localen Mittel dazu sich als unzulänglich erweisen würden. Die Bekämpfung der Syphilis kann daher nur der Staat, der über genügende Mittel und zahlreiches medicinisches Personal verfügt, auf sich nehmen. In die von der Krankheit am meisten betroffenen Oertlichkeiten müssen unbedingt zur Bekämpfung der Syphilis specielle Truppen mit einem Arzte, genügendem niederem Personal und gesicherten materiellen Mitteln, hingeschickt werden. In den Landgouvernements und den Städten, in den das Medicinalwesen genügend gut eingerichtet ist, kann die Organisation dieser Truppen den Gemeinden selbst überlassen werden; der Staat muss ihnen aber mit Subsidien zu Hülfe kommen. Zum Centrum ihrer Thätigkeit hat jede Colonne ein für eine Zeitlang eingerichtetes Krankenhaus, während das niedere medicinische Personal auf die benachbarten Dörfer vertheilt wird; wünschenswerth ist dabei, dass die Bevölkerung den vorzugsweisen Kampf dieser Truppen gegen die Syphilis nicht merkt. Das niedere Personal: Feldscheren, Feldscherinnen, barmherzige Schwester und Brüder sollen die nöthige Vorbildung in grossen speciellen Krankenhäusern bekommen. Die Truppen sollen zuerst in die an der Wolga

gelegenen und einige Central-Gouvernements, in den die Abgangsgewerbe stark entwickelt sind, hingeschickt werden.

P. Ilinsky: «Zur Statistik der Syphilis im Gouvernement Kostroma». (Nr. 9).

Im Jahre 1895 wurde die Syphilis bei 3062 Personen = 3‰ der Bevölkerung nachgewiesen, darunter 58,2% im primären und condylomatösen Stadium, 41,8% im gummösen. Von 850 Fällen, in den die Art der Ansteckung ermittelt werden konnte, waren 41% auf geschlechtlichem, 59% auf aussergeschlechtlichem Wege entstanden.

A. Sacher.

Wratschebnija Sapisski 1896 Nr. 6—11 incl.

S. Nikolski und N. Lisenkow: «Zur Frage der Abscesse der seitlichen Pharynxwand». (Nr. 6).

Im Anschluss an eine Krankengeschichte, welche in extenso mitgetheilt wird und welche einen Fall eines tiefen Abscesses der seitlichen Pharynxwand, ausgehend von einem Entzündungsprocesse am os temporale betrifft, stellte Lisenkow seine Untersuchungen an. Und zwar prüfte er die diesbezüglichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse an Leichen, welche ein Weiterkriechen des Processes vom Schläfenbein zur seitlichen Schlundwandung ermöglichen. Verfasser glaubt nun auf Grund seiner Befunde die Behauptung aufstellen zu dürfen, dass zwischen der Parotis, dem m. pteryngoidens int. und der seitlichen Pharynxwandung ein abgeschlossener Raum sich befindet, der mit lockerem Fettgewebe angefüllt ist; hier könnten sich abgeschlossene Entzündungsprocesse mit Abscedirung abspielen.

W. Kolly: «Zur pathologischen Anatomie und Bacteriologie des infectiösen Icterus». (Nr. 6 u. 7).

Angeregt durch die Mittheilungen einiger Autoren, denen es gelungen ist im Blute in den Organen oder im Harn Icterischer Mikroorganismen zu entdecken, hat Verf. diesen Umstand einer Prüfung unterzogen. Seine Resultate, welche er bei der Untersuchung von 7 Icteruskranken gewonnen hat, erlaubten nun ihm einige besodere Schlüsse zu ziehen. Zunächst spricht Verf. seine Ansicht dahin aus, dass eine strenge Teilung derjenigen Icterus-Kranken von einander, welchen keine mechanische Ursache zu Grunde liegt, — garnicht möglich sei. In klinischer Beziehung gleichen sich die Symptome jedenfalls sehr, hat man es mit einem Icterus gravis, mit einer acuten gelben Leberatrophie oder mit einem gelben Fieber oder aber endlich mit denjenigen Icterusarten, welche als Nachkrankheit nach Infectionskrankheiten auftreten können. Die klinische Erscheinungen seien nur quantitativ von einander verschieden: man könne eine Gradation der Symptome, der Schwere der Erkrankung constatiren. Dasselbe sieht Verfasser in den 7 der Beobachtung unterzogenen Krankheitsfällen, deren genaue Krankengeschichten und Sectionsprotokolle der Arbeit beigefügt sind. Auch pathologisch-anatomisch waren stets ähnliche Veränderungen an den inneren Oganen, ähnliche parenchymatöse Degenerationsbilder zu finden; freilich in dem einen Falle in mehr in dem anderen in minder starkem Grade. Was nun den bacteriologischen Befund an diesen Icteruskranken anbetrifft, so ist es Verf. in allen 7 Fällen gelungen einen sehr beweglichen bacillus zu finden, an Grösse und Eigenschaften sehr veränderlich. In den zwei in Heilung übergegangenen Erkrankungsfällen wurden diese Mikroorganismen im Harn gefunden, in den 5 übrigen Fällen auch nach dem Tode in einem oder mehreren parenchymatösen Organen. Ihrem Aussehen nach und den culturellen Eigenschaften gehören diese Bacillen zu den Proteus-Arten. Proteus ist nun eine Fäulnissbacterie und besitzt bekanntlich sehr giftige Eigenschaften, welche das schwere Bild der sogenannten, Cholaemie hervorbringen könnten. Verf. nimmt an, dass man es nicht mit einer Erkrankung der Leber nur, sondern mit einer Allgemeinerkrankung zu thun hatte, weil durch die Section Veränderungen an allen Organen zu Tage gefördert werden.

N. Lisenkow: «Ueber die Radicaloperation bei Encephalocele». (Nr. 8—9)

Die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Präparate von Encephalocele, zeigte, dass Hirnbrüche von einem ganz besonderen Gesichtspunkte zu betrachten seien. Diese angeborenen Defecte seien eher zu den Geschwülsten (Teratomen) zu rechnen, als zur Categorie der Brüche. Nämlich, in allen Fällen lag die Hirnsubstanz, welche aus Neurogliagewebe mit Bindegewebssträngen und quergestreiften Muskelfasern embryonalen Characters durchsetzt bestand, unmittelbar der äusseren Haut an; die Hirnhäute fehlten vollständig.

Derartiger Befund war für Lisenkow in Bezug auf das therapeutische Verfahren massgebend, indem er für das allein Richtige eine Radicaloperation, ein vollständiges Abtragen des Bruches, wie jeder anderen Geschwulst, hält. Druckverbände, Durchstechen, Repositionen sind aus den oben genannten Gründen somit durchaus unzulässig.

Nach dem Abtragen der Encephalocele muss der Schädeldefect mittelst einer Knochenlamelle geschlossen werden, was für vordere Hirnbrüche bereits im frühesten Kindesalter möglich ist. Und zwar wird am besten eine Knochenlamelle mit Periost vom äusseren Teil des oberen Orbitalrandes genommen, welches ungefährlich der daselbst vorhandenen Dicke wegen ist. Am Hinterhaupt ist solches bei Kindern bis zu dem 5. Jahre unmöglich.

Nach dieser Methode ist bisher 8 Mal operirt worden, viermal mit letalem Ausgang, der jedoch nicht direct von der Operation abhing. Die implantirte Knochenlamelle war in allen Fällen, wie es der Sectionsbefund lehrte, gut angewachsen.

G. J. Wolinzew: «Ein Fall von acuter infectiöser Osteomyelitis des Beckens (Maladie de Lannelongue)». (Nr. 8 u. 9.

Ausführliche Mittheilung eines Falles von acuter Osteomyelitis des Beckens bei einem 12-jährigen Knaben, welcher vom Verf. klinisch beobachtet wurde. Operation. Heilung.

N. Wassilewski: «Zwei Fälle von Anomalien weiblicher Geschlelchtsorgane». (Nr. 10).

Es handelte sich in beiden Fällen um eine relativ seltene Anomalie, so dass diese Mittheilung einigen casuistischen Werth besitzt.

Im ersten Falle war vollständiger Defect des Uterus vorhanden, die Ovarien konnten jedoch per rectum herauspalpirt werden.

Im zweiten Falle war eine Anomalie vorhanden, die man Uterus rudimentarius nennt.

W. M. Glagolew: «Zur Frage der Revaccination». (Nr. 10)

An einem grossen Materiale — 1492 Kinder zwischen 8–18 Jahren in verschiedenen städtischen Schulen Moskau's wurden der Revaccination unterworfen — konnte Verfasser seine Studien über die Nothwendigkeit einer Revaccination machen und kommt nun zum Schlusse, dass bisweilen eine Revaccination nicht indicirt erscheine. Dieses wäre in solchen Fällen, wo mehr als 2 Narben, als Merkmale stattgehabter Vaccination vorhanden wären. Im Allgemeinen sei zu sagen, dass die Vaccinepusteln der Revaccination bis auf wenige Ausnahmen, wo sie als wahre Pockenpusteln an der geimpften Stelle erscheinen, sich auf die sogenannte abortive Form beschränken. Letzteres sei auch als ein erfolgreiches Resultat bei der Revaccination anzusehen. Dieses glaubt Verf. als ein deutliches Zeichen dafür ansehen zu können, dass der Organismus noch eine gewisse Immunität von der ersten Impfung her, bewahrt hat.

Im Uebringen bringt die Arbeit, welcher ungeheuerer Fleiss zu Grunde liegt, nicht viel Neues.

Th. J. Bereskin: «Behandlung Krebskranker mit Chelidonium majus». (Nr. 11).

Die günstigen Resultate, welche Denissenko mit diesem Mittel erzielt haben will, bewogen Bereskin an 9 Krebskranken das Extractum chelidonii majoris anzuwenden und zwar ebenso, wie ersterer es empfiehlt, innerlich, subcutan und in Pinselung. In keinem einzigen dieser 9 Fälle wurde Besserung, geschweige denn Heilung erzielt. Bereskin kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1) Das Extr. chelid. majoris besitzt keinerlei specifische Eigenschaften gegen Carcinom.

2) Ausserlich angewandt beeinflusst es nicht einmal Warzen.

3) Die Subcutaninjectionen dieses Extracts sind sehr schmerzhaft und verursachen lange anhaltendes Brennen, entzündliche Reaction in der Umgebung und bisweilen Nekrose an der Peripherie der Neubildung.

4) In den Fällen, wo eine Operation indicirt erscheint, ist es durchaus schädlich Zeit zu verlieren mit dieser Art von Behandlung. Wenn auch zuweilen bei Krebsgeschwülsten geringer Dimension man durch Injectionen und Einpinselungen mit Chelidonium majus gute Resultate erzielen konnte, so ist dennoch die operative Methode vorzuziehen, als sicherer, schneller und weniger quälend zum Ziele führend.

5) Allenfalls kann Extr. chelidonii majoris innerlich verordnet werden ebenso wie Tinct. cortic. condurango, ut aliquid aegrotus habeat.

N. W. Wsilewski: «Ein Fall von Corpus alienum vaginae». (Nr. 11).

Verf. teilt einen Fall mit, in welchem bei einem 15-jährigen Mädchen bei der gynaekologischen Untersuchung ein Weinglas

in der Vagina vorgefunden wurde, mit dem Boden zur Portio gerichtet. Der Fremdkörper musste, da er festsass, operativ entfernt werden.

Th. Gätge: «Ein Fall von professioneller Neuralgie Bernhardt's», (Nr. 11).

Vor einiger Zeit ist von Prof. Bernhardt eine besondere Krankheitsform beschrieben worden, welche darin besteht, dass entweder selbstständig bei Bewegungen oder bei Druck auf den Epicondylus lateralis humeri, resp. das darunter liegende capitulum radii starke Schmerzen entstehen. Dieselben strahlen auf die Streckseiten des Unterarms aus und reichen bis zum Handgelenk und den Fingern herunter. Besonders heftig treten die Schmerzen auf beim Zusammenbiegen der Finger zu einer Faust, beim Fassen von Gegenständen und dgl. Anzeichen von Entzündung, Paresen. Entartungsreaction, Sensibilitätsstörungen, trophische Störungen werden dabei nicht beobachtet. Da die obengenannten Schmerzen sich namentlich bei solchen Bewegungen fühlbar machen, bei welchen die sich am Epicondylus lat. humeri ansetzenden Muskeln thätig sind, so glaubt Bernhardt für dieselben als Ursache eine Zerrung des Periostes annehmen zu dürfen an den Knochenpartien, an welchen genannte Muskeln entspringen.

Bernhardt hat nun 30 derartige Krankheitsfälle beobachtet. In den meisten derselben wurde körperliche Uebermüdung und namentlich eine der Armmuskeln als Entstehungsursache angeführt, zweimal konnte ein Trauma beschuldigt werden. Erkältung war nur zuweilen vorhergegangen. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig.

Gätge hat nun Gelegenheit gehabt in seiner Praxis einem ähnlichen Falle zu begegnen, den er für eine professionelle Neuralgie Bernhardt's hält. Es handelt sich um eine 32-jährige, im Allgemeinen gesunde Frau, welche ihre in obengenannter Weise auftretenden Schmerzen in den Armen auf zu forcirtes Arbeiten im Gemüsegarten zurückzuführen glaubt.

Hecker.

Medicina № 33—42.

W. Gorbatowsky: «Ein Fall von primärem Krebs des Pankreas». (Nr. 33).

G. beobachtete einen 50 jährigen Patienten, der seit einigen Monaten an Durchfällen litt und ungeachtet des auffallend guten Appetites stark abmagerte. Bei der objectiven Untersuchung konnte nur eine Schmerzhaftigkeit der ersten zwei Lendenwirbel constatirt werden. Der Stuhl war hell, enthielt viel unverdaute Nahrungsbestandtheile und Fett. Nach einem halben Jahre, während dessen der Kranke stark heruntergekommen war, wurde eine schmerzhafte Geschwulst rechts von der Mittellinie in der Gegend der Gallenblase gefühlt, die bei gefülltem Magen verschwand. Die Geschwulst hatte eine halbmondförmige Gestalt, war höckrig und unbeweglich. Einen Monat später traten Erbrechen und starker Icterus auf; die Geschwulst wuchs nach rechts hin. Bald darauf starb Patient im Coma. Eine Section wurde nicht ausgeführt. Per exclusionem glaubt C. die Diagnose des primären Pankreaskrebses sicherstellen zu können.

S. Jaroschewsky: «Ueber das jüdische Schlachten und die Beschneidung». (Nr. 34, 35).

Autor schliesst sich durchaus denen an, die sich für die jüdische Methode des Schlachtens (Durchschneidung der Carotiden) ausgesprochen haben. Ebenso ist er auch kein principieller Gegner der Beschneidung, möchte aber diese Operation anderseits nicht befürworten, da man durch hygienische Massregeln dasselbe erreichen kann.

E. Bertels: «Ueber die Wirkung des Bieres auf den Stickstoffumsatz bei Gesunden». (Nr. 35).

B. stellte 6 Versuche an und konnte dabei beobachten, dass zur Zeit der Biereinnahme der Stickstoffumsatz stark abnimmt, die Menge des aus der Nahrung zurückgehaltenen Stickstoffs wächst. Daher nimmt auch das Körpergewicht zu; die Harnmenge steigt, das specifische Gewicht des Harnes sinkt. Die Gesammtmenge des Stickstoffs im Urin nimmt zusammen mit dem Harnstoff ab. Der Stuhlgang wurde reichlicher, der Stickstoffgehalt war aber trotzdem häufig geringer, als in der Periode, wo kein Bier getrunken wurde.

P. Cornet: «Die Magendurchleuchtung mit Elektricität». (Nr. 36).

Uebersetzung aus dem Progrès médical.

Zabrowsky: «Die Wirkung des Borshomer Wassers auf die Ausscheidung der Harnsäure und seine therapeutische Anwendung bei Nephrolithiasis». (Nr. 33—38).

Weitläufige Beschreibung von 10 Fällen aus der Wassiljew'schen Klinik (Jurjew) mit Mittheilung der Harnanalysen. Autor kommt zu folgenden Resultaten:

Die Wirkung des Borshomer Wassers besteht hauptsächlich in einer vollkommenen Oxydation der Körperausscheidungsprodukte, namentlich der Zerfallsprodukte des Eiweisses, in Folge dessen die Bildung und Ausscheidung des Harnstoffs verringert ist. Die Menge des Urins nimmt zu, seine Reaktion wird schwach sauer, oder neutral, oder sogar alkalisch. Diese Veränderungen hielten in der Mehrzahl der Fälle noch einige Zeit nach Aussetzen des Wassers an. Bei der sehr ähnlichen Zusammensetzung des Borshomer Wassers und des Vichy Grande Grille lässt sich voraussetzen, dass ihre Wirkung auf die Nephrolithiasis die gleiche ist. Die hohe Temperatur des Borshomer Wassers (Katharinenquelle) begünstigt die Resorption des Wassers und der in ihm enthaltenen festen Bestandtheile.

H. Janssen: «Ein Fall von Heilung einer tuberkulösen Meningitis». (39).

Uebersetzung aus der Deutschen med. Wochenschrift.

A. Krupetzky: «Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der Brusthöhle». (Nr. 40).

Es handelte sich um einen 38 jährigen Mann, der über Schmerzen in der linken Brustseite, Athembeschwerden, Husten und allgemeine Schwäche klagte. 1½ Monate vor seiner Aufnahme in die S. Wassiljew'sche Klinik (Jurjew) war er wegen plötzlich aufgetretener Athemnoth in einem anderen Hospital an der linken Brustseite punktirt worden, wobei circa 3 Glas bluthaltiger Flüssigkeit abgelassen worden waren. Die linke Brusthälfte erwies sich bei der Aufnahme fassförmig erweitert, die Intercostalräume waren links verstrichen, Athembewegungen nicht sichtbar, auf Druck war die Seite sehr empfindlich. Links über der Lunge bestand überall dumpfer Schall, das Athmen fehlte, der Fremitus war aufgehoben; das Herz war nach rechts verlagert. Der Patient expectorirte eine geringe Menge schleimigen Auswurfs, der einige Eiterkörperchen, keine Tuberkelbacillen enthielt. Die Probepunktion ergab bluthaltiges Exsudat, in dem rothe Blutkörperchen und polymorphe Zellen gefunden wurden. Der Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen und Hämoglobin war vermindert. Patient starb unter zunehmender Schwäche. Bei der Section wurde in der linken Pleurahöhle circa 20 Pfund blutig-seröser Flüssigkeit gefunden. Die linke Pleura war verdickt und von theilweise diffusen, theilweise knotigen Geschwulstmassen bedeckt, die linken Bronchialdrüsen ebenfalls von Geschwulsttheilen eingenommen. Die Plura liess sich überall leicht von den Rippen lösen. Unter dem Mikroskop erwies sich die Neubildung als Sarcoma gigantocellulare.

S. Jaroschewsky: «Die Electricität bei Erkrankung des Sehnerven». (Nr. 41).

Ein 1½ jähriger Knabe war, wie die Anamnese ergab, akut mit Fieber und Erbrechen erkrankt, zu denen sich starke Unruhe und allgemeine Krämpfe hinzugesellten. Darauf war Patient in einen 2 Wochen andauernden bewusstlosen Zustand verfallen. Als das Bewusstsein wiedergekehrt war, soll Patient nichts mehr gesehen haben. Bei der Untersuchung konnte J. gleichmässige Erweiterung und völlige Reactionslosigkeit beider Pupillen constatiren. Patient war absolut blind. Das äussere Auge war normal, der Augenhintergrund bot gleichfalls keine Abweichungen von der Norm. Von Seiten des Nervensystems waren keine Veränderungen zu constatiren. Wahrscheinlich hatte es sich also um eine Meningitis gehandelt, mit nachfolgender Neuritis retrobulbaris. Da eine Jodkalikur ohne Erfolg blieb versuchte J. Electricität anzuwenden: ein schwacher Strom (0,2—0,4 M. A.) wurde 2 Minuten lang durch den Kopf geleitet (Anode auf dem Nacken, Katode auf dem Auge). Nach 9 Séancen reagirte das Kind leicht auf Licht und machte bald solche Fortschritte im Sehen, dass es die Umgebung erkennen konnte.

L. Bertenson: «Die Balneotherapie und Balneologie in Russland». (Nr. 42).

Vortrag, gehalten auf dem internationalen Congress für Hydrologie, Geologie und Klimatologie in Clermont-Ferrand.

Weyert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Mai — Juli. Nr. V — VIII. 1896.

W. Mandelberg: «Ueber Dehnung der verschiedenen Abschnitte des Dammes während der Geburt». (V).

Verf. hat in 35 Fällen Messungen angestellt, welche ergeben haben, dass der Damm in allen Phasen des Ein- und Durch-

schneidens mehr quer als längs gedehnt wird. Bis zum Beginn des Durchschneidens wird der Damm fast garnicht in die Länge gedehnt, erst mit dem Durchschneiden beginnt die Längsdehnung, wobei die oberen Abschnitte stärker in die Länge gedehnt werden, als die unteren. Die Dehnung findet mehr in der Mitte als in den Seitentheilen statt. Bis zum Beginn des Durchschneidens wird der Damm in die Breite, am meisten zwischen anus und frenulum gedehnt; erst mit dem Durchschneiden des Kopfes beginnt die Dehnung in die Breite in den oberen Abschnitte; dieselbe wird bald bedeutender als diejenige in den mittleren Abschnitten. Die Dehnung ist nicht immer eine gleichmässige auf der rechten und linken Seite, was durch die 1. resp. 2. Schädellage bedingt wird. Der der Dehnung am meisten ausgesetzte Punkt ist das frenulum; desshalb reisst dasselbe auch so häufig ein.

W. E. Fawr: «Das Becken der Dahomeweiber». (V).

Die Dahomeweiber als reine Negerrasse haben ein typischer Becken, welches in den Raumverhältnissen demjenigen des Europäerin nachsteht, jedoch ebenso vollkommen ist für die Rolle, welche zu spielen es bestimmt ist, wie dasjenige der Weissen.

A. P. Gubarew: «Ueber einige einfache Einrichtungen der Operationszimmer»». (V).

Um das Tröpfeln vom dem, das Oberlicht spendenden Fenster der Decke des Operationszimmers zu vermeiden, muss demselben eine Neigung von 42° gegeben werden, auch darf der Fensterrahmen nicht mit Querhölzern versehen sein. Das Abkühlen der auf dem Operationstisch liegenden Pat. sucht G. zu vermeiden, indem er durch einen, auf dem Operationstisch in Schlangenwindungen angebrachten Schlauch heisses Wasser circuliren lässt.

Th. A. Dobbert: «Ueber Erkrankungen der äusseren Geschlechtsorgane und der Scheide». (V).

Kasuistische Beiträge mit einschlägiger Literaturangabe. 3 Fälle von Retentionscysten der glandul. Bartholini; 1 Fall von Scheidencyste; 2 Fälle von Hymenanomalien; 1 Fall von primärem Scheidenkrebs.

A. Rimscha: «Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft mit freiem Bluterguss in die Bauchhöhle». (V).

Die Erfahrungen, welche Verf. an 18 beobachteten Fällen, von welchen 6 ausführlich referirt werden, gemacht hat, sind folgende. Wird unter obwaltenden Verhältnissen ein spontaner Stillstand der Blutung abgewartet, so wird dadurch die Kranke einer grossen Gefahr ausgesetzt, denn nur unter aussergewöhnlich günstigen Umständen erfolgt eine Sistirung der Blutung aus der rupturirten Tube oder ihrer abdominalen Oeffnung. Sollte immerhin dieses seltene Ereigniss eintreffen, so befindet sich die Pat. immer noch in grosser Gefahr, denn jederzeit kann sich die Blutung erneuern, oder die Pat. an Zersetzung des ergossenen Blutes zu Grunde gehen. Daher ist in Anbetracht der absolut schlechten Prognose als Regel aufzustellten, dass wenn bei Extrauterinschwangerschaft eine Blutung in die freie Bauchhöhle constatirt wird, sofort zur Eröffnung des Abdomen geschritten werden muss.

Q. B. Dimant: «Sonde zur Uterusaufrichtung». (V).

Die Beschreibung des vom Verf. ersonnenen Instrumentes ist im Orginal nachzulesen.

A. Bogatschewski: «Bericht über 150 Coeliotomien, ausgeführt im Hospital von Krementschug». (CI.)

Im Laufe von 11 Jahren sind 150 Coeliotomien mit 10,6% Mortalität ausgeführt worden:

Ovariotomien	79 gestorb.	9
Entfernung von Cysten. d. lig. latum.	7	0
Myomotomien	16	3
Adnexoperation	7	0
Hysteropexien	14	0
Probecoeliotomien	14	1
bei Graviditas extrauterina	4	2
Coeliotom. aus anderen Ursachen	9	1
	150	16

Bis zum Jahre 1892 wurde streng antiseptisch, von genanntem Zeitpunkte an aseptisch operirt.

D. Ott: «Behandlung der Uterusfibrome durch vollständige Entfernung der Gebärmutter». (VI.)

Während O. früher nach seiner Methode der supravaginalen Amputation noch immer eine Mortalität von 4,3% hatte, ist von 53 Pat. bei welchen die vollständige Entfernung der Gebärmutter von O. ausgeführt wurde, keine einzige gestorben. In 10 Fällen wurde die abdominale Hysterectomie, in 43 die vaginale ausgeführt; bei letzteren kam wegen der Grösse der Geschwulst in 34 Fällen das Morcellement zur Anwendung.

M. Mironow: «Coeliotomie und der vaginale Weg in der Gynaekologie.» (VI.)

Längere Auseinandersetzung über Vortheile und Nachtheile der einzelnen Operationsverfahren. M. spricht sich dahin aus, dass principiell den Operationen von der Vagina aus der Vorzug gegeben werden muss.

W. A. Wasten: «Kurzer Bericht über 77 Fälle von Extrauteringravidität». (VI.)

Diese bedeutende Anzahl von Extrauterinschwangerschaften kam im Verlaufe von nur 3 Jahren zur Beobachtung. 52 Mal wurde operativ vorgegangen. 45 Coeliotomien, 7 Colpotomien. In den Fällen wo der Bauchschnitt ausgeführt wurde, handelte es sich meist um Tubenabort oder Haematosalpinx complicirt durch eine Haematocele retro uterina; 2 Mal wurde eine Haematocele antiuterina constatirt. Foeten wurden nur 13 Mal gefunden; um Zwillinge handelte es sich 1 Mal. Von 18 in extremis operirten Fällen gingen 2 zu Grunde. Weitere Todesfälle hat W. nicht zu verzeichnen. Nicht operativ wurden 25 behandelt, nur in 3 dieser Fälle wurde alles resorbirt. Auch W ist der Ansicht, dass je schneller operirt wird, um so vollständiger alles pathologische entfernt und eine vollständige Heilung erzielt werden kann.

S. P. Schach-Paronian: «Ueber operative Gebärmuttervorfälle». (VI.)

S. ist der Meinung, dass bei Prolapsen alter Frauen die Operationsmethoden von Freund und Neugebauer, combinirt mit einer Perineoepisiorrhaphie die rationellsten sind. Für diese Fälle hat auch die Vaginafixation eine Zukunft. Bei Prolapsen junger Frauen erwiesen die perineo-vaginalen plastischen Operationen nach Hegar die besten Dienste. Die Hysteropexia ant. abdom. intraperitoneal. bot. in Folge der Schwere des Eingriffes, als selbstständige Operation für Prolapse keine Berechtigung. Die Alkié-Alexander'sche Operation muss aus der Zahl der, für Prolaps verwendbaren, Operationen gestrichen werden. Die Hysterectomia vaginalis ist nur dann indicirt, wenn der Prolaps irreponibel oder mit Carcinom resp. Fibrom combinirt auftritt.

S. A. Kotschurowa: «Ein Fall von Exstirpation einer dermoiden Ovarialgeschwulst per coeliotomiam complicirt durch Schwangerschaft im 2. Monate. Heilung. Normale Geburt». (VI.)

W. A. Brshesinski: «Bericht über die Thätigkeit des gynaekologischen Ambulatoriums an der Warschauer Universität 1885—1894». (VI.)

W. F. Maslowski: «Zur Aetiologie der vorzeitigen Placentarlösung. Endometritis decidualis gonorrhoica». (VII., VIII.)

Verf. beschreibt einen Fall in welchem er bei einer I Gravida im 9 Monat eine heftige intrauterine Blutung bei lebender Frucht constatirte. Placenta praevia konnte ausgeschlossen werden. Zugleich mit der Frucht wurden grosse Blutcoagula aus dem Uterus ausgestossen. In den Lochien liessen sich ausser Eiterkörperchen, nicht sehr zahlreiche Gonococcen nachweisen. Streptococcen waren nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung der Placenta wies Veränderungen derselben nach, welche den Charakter entzündlicher trugen und frischen Datums waren. Färbung nach Graham ergab Abwesenheit von Mikroben. In der Decidua vera, näher zur Oberfläche derselben, wurden vereinzelte Gonococcen im Protoplasma runder Zellen nachgewiesen. Es hatte sich demnach um eine Endometritis decidualis interstitialis gonorrhoica gehandelt, durch welche auch die vorzeitige Placentarlösung eine Erklärung findet. Die diesen Vorgang begleitende Infiltration drängte die Deciduazellen auseinander und lockerte die Verbindung der Placenta mit der Gebärmutter, wodurch eine Praedisposition zur vorzeitigen Lösung geschaffen wurde.

Dobbert.

Дозв. ценз. Спб. 12 Февраля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 43 – 52.

M. Schiperowitsch: «Zur Klinik und Pathogenese des acuten Skorbutes». (Nr. 43, 44)

Mittheilung eines Falles von Skorbut bei einem 17-jährigen Patienten, der klinisch (Prodrome, Erbrechen, Durchfall, hohe Temperaturen) und pathologisch anatomisch (parenchymatöse Degeneration des Herzens und der Nieren, Hyperplasie der Milz, acute Veränderungen des Darmkanals) sich als acute Infectionskrankheit mit Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese kennzeichnete. Allerdings mangelt uns noch das aetiologische Moment.

K Georgiewsky: «Beobachtung über die Anwendung von Pankreaspräparaten bei Diabetes mellitus». (Nr. 41—44).

Autor stellte seine Beobachtungen bei 2 Diabetikern der L. Popow'schen Klinik an. Denselben wurden per Klysma circa 30,0 ausgepressten Pankreassaftes applicirt. Darnach trat eine deutliche Verminderung des Stickstoffes der Extractivstoffe im Urin ein, der Procentgehalt an Stickstoff, auf Harnstoff berechnet, wuchs dagegen. Nach längerer Anwendung der Klysmen (bei gleichbleibender Diät) erfolgte eine Abnahme des procentualen (bis 5 Procent) und täglichen Zuckergehaltes. Diese Abnahme war indessen wenig ausgeprägt und überschritt nicht die Grenzen der gewöhnlichen Schwankungen. Das Körpergewicht blieb sich gleich. Das subjective Befinden der Patienten besserte sich aber auffallend; die Schwäche und Apathie verschwanden, die Patienten fühlten sich kräftiger, wobei im Urin eine Abnahme der Extractivstoffe constatirt werden konnte. Injectionen von Spermin (Poehl) im zweiten Fall brachten eine Verstärkung der Glykosurie hervor. Autor meint zum Schluss, dass durch die Injectionen von Pankreassaft die geschwächte Energie der Oxydationsprocesse erhöht und der Organismus dadurch von den toxischen Produkten der anormalen Metamorphose befreit wird.

F. Tschistowitsch: «Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand für Mikroben bei experimenteller Peritonitis». (Nr. 44, 45.)

Den Versuchsthieren (Kaninchen) wurde nach Neutralisirung des Magensaftes durch Sodalösung eine 1—2 tägige Kultur verschiedener Bakterien eingeführt, darauf wurde nach Laparotomie eine Darmschlinge hervorgezogen und die Serosa mit Lapislösung oder Jodtinctur bepinselt oder endlich ein Theil der Serosa mechanisch entfernt. Schliesslich wurde ein aseptischer Marlybausch in die Bauchhöhle versenkt und die Wunde darüber vernäht. Alles das geschah unter aseptischen Kautelen. Am nächsten Tage wurde wieder eine Kultur in den Magen eingeführt und 2 Mal 24 Stunden nach der Operation die Bauchwunde eröffnet und der Marlybausch in Nährbouillon ausgespült. Auf diese Weise wurden 20 Versuche angestellt: 7 mit B. pyocyaneus, 7 mit tetragenus Gaffky, 3 mit prodigiosus. 2 mit cholera asiatica und ein mit indicus. Alle Versuche fielen negativ aus mit Ausnahme von zweien: in einem mit B. tetragenus war partielle Nekrose des mit Jod bepinselten Darmstückes erfolgt, im anderen mit B. pyocyaneus möchte Autor eine zufällige Verunreinigung nicht in Abrede stellen. Daraus geht hervor, dass solange noch keine grobe anatomische Läsion der Darmwand besteht, die Bauchhöhle vor Darmbakterien geschützt ist.

G. Malkow: «Ueber Ascites, hervorgebracht durch vollständige und unvollständige Gallenstauung». (Nr. 44—47).

Autor kam bei seinen Versuchen an 3 Hunden zu folgenden Resultaten. In den beiden ersten Versuchen mit vollständiger Gallenstauung entwickelte sich Ascites, der nicht entzündlicher Natur, sondern Transsudat war. Die Section der Thiere ergab, dass weder ein zufälliger Druck auf die Pfortader, noch die schwach ausgeprägten cirrhotischen Veränderungen in der Leber den Ascites veranlasst haben konnten. Das Verschwinden des Ascites bei freier Gallensecretion (im dritten Versuch) führt vielmehr auf den Gedanken, dass die bei Stauung ausgedehnten Gallenkanäle auf die Aeste der Pfortader drücken. Aber auch dieses Moment genügt nicht zur Erklärung des Ascites. Dazu bedarf es vor allen Dingen Veränderungen des Blutes, der Gefässe und serösen Häute, die durch Gallenstauung hervorgerufen werden. Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins und Zunahme des Wassergehaltes des Blutes sind deren stete Begleiter. Da nun gerade die seröse Bedeckung der Leber eine schnelle Transsudation begünstigt, ist auch der Ascites die erste Erscheinung der Gallenstauung.

K. Georgiewsky: «Ein Fall von Abdominaltyphus bei Diabetes». (Nr. 45, 46).

Vom elften Tage an begann der Zuckergehalt des Urins zu sinken und verschwand in der Reconvalescenz vollständig, um später wieder zu erscheinen.

E. Botkin: «Aus der Hospitalkasuistik». (Nr. 46, 47).

B. berichtet über 2 Fälle von maligner Neubildung, bei denen Chelidonium majus angewandt wurde. Im ersten Fall handelte es sich um eine Metastase eines Mammasarkoms auf eine Ohrmuschel, die unter Kompressen (50% wässriger Lösung des Extractes) anscheinend ausheilte; im zweiten Fall gleichfalls um ein Sarkom der Mundhöhle, dass nach Injectionen kleiner wurde. Beide Patienten starben an Sarkomatose. Schädliche Nebenwirkungen sah Autor nicht und obgleich die lokale Applikation in beiden Fällen einigen Nutzen gebracht hatte, hält er das Mittel doch für keineswegs specifisch.

G. Olejnikow. «Ein Fall von Abdominaltyphus, complicirt mit Infection durch Bacillus pyocyaneus». (Nr. 47).

Bei einer 20-jährigen Typhösen bildete sich in der dritten Woche auf dem Hypogastrium eine Blutblase, deren Inhalt eine Reinkultur von B. pyocyaneus enthielt. Nach dem in der vierten Woche erfolgten Tode konnten bei der Section in einer Mesenterialdrüse Typhus- und Pyocyaneusbacillen constatirt werden. Autor glaubt, dass der B. pyocyaneus durch den Darm in das Blut übergetreten war, wobei er zur Bildung eines hämorrhagischen Exsudates in der Haut geführt hatte.

N. Gundobin: «Ueber die Pathogenese der Rachitis». (Nr. 48).

S. Botkin: «Ein Fall von Bronchialasthma». (Nr. 49).

Vorlesung, die vom verstorbenen S. P. Botkin im Studienjahre 1886—1887 in der therapeutischen Klinik gehalten und von einem seiner Assistenten nachgeschrieben wurde.

J. Kudrin: «Ueber Veränderungen der morphologischen Bestandtheile des Blutes bei Recurrens». (Nr. 50).

Der Hämoglobingehalt nahm während des Anfalls gewöhnlich ab; in jedem folgenden Anfall war die Abnahme stärker als im vorhergehenden. Ebenso verhielt es sich mit den rothen Blutkörperchen. Während der Apyrexie nehmen Hämoglobingehalt und Zahl der rothen Blutkörperchen wieder zu. Die Zahl der Leukocyten war meistentheils im Anfall gesteigert.

J. Michailowitsch: «Zwei Fälle von angeborener Missbildung». (Nr. 50, 52).

Fehlen beider unteren Extremitäten.

K. Georgiewsky: «Ueber die Bedeutung der Milzexstirpation bei Thieren». (Nr. 46, 48—50).

G. führte Hunden und Kaninchen, denen die Milz entfernt worden war, Kulturen von Pneumokokken und Typhusbacillen in das Blut ein und gelangte dabei zum Resultat, dass der Milz beim Kampf des Organismus gegen diese beiden Infectionen keine besondere Rolle zufällt. Die geringere Widerstandsfähigkeit der splenectomirten Thiere im Vergleich zu den Controlthieren gegen obige Infectionen kam erst einige Zeit nach der Splenectomie zum Vorschein, nachdem sich im Organismus bereits sekundäre Veränderungen eingestellt hatten.

D. Sokolow: «Dem Andenken Jenners». (Nr. 51).

N. Gundobin: «Ueber das Variolaserum». (Nr. 51.)

S. Ostrogorsky: «Die Pockenimpfung in Russland».

A. Bary: «Einige historische Daten über den Gang der Pockenepidemien vor und nach Einführung der Schutzimpfung». (Nr. 51).

E. Botkin: «Zwei Fälle von Addisson'scher Krankheit». (Nr. 52).

In einem Fall handelte es sich um eine 57-jährige Patientin, die neben starker Hautfärbung Ascites und unregelmässig remittirende Temperaturerhöhungen aufwies. Nach Punktion des hämorrhagischen Ascites liess sich eine Neubildung der rechten beweglichen Niere nachweisen. Im Urin wurden ausser rothen und weissen Blutkörperchen, fettig degenerirte Epithelzellen und Bacillen gefunden, die sich als Smegmabacillen erwiesen. Im zweiten Fall (30-jährige Patienten) bestanden Temperaturerhöhung gleichfalls remittirenden Charakters, Schmerzhaftigkeit der linken Nierengegend, kolikartige Leibschmerzen (wie im ersten Fall), Schrumpfung einer Lungenspitze und Durchfall. Im Speichel, in den Ausleerungen und im Urin wurden Tuberkelbacillen gefunden, im Urin sah B. sogar eine mit Tuberkelbacillen übersäte Riesenzelle. Auch hier handelte es sich wahrscheinlich um eine tuberkulöse Erkrankung der linken Niere (und Nebenniere?).

W. Okunjew: «Bemerkungen zur inneren Vibrationsmassage d. Schleimhäute nach Laker bei Erkrankungen der Nase und des Kehlkopfes». (Nr. 52).

O. behandelte 10 Fälle von Nasenaffectionen (6 mit chronischer submuköser Rhinitis, 3 mit Ozaena und 1 mit Rhinosklerom) und 6 Fälle von Larynxerkrankungen (Laryngitis cat. ac. 2, Laryngitis cat. chron.; Paralysis m. aryt. transv. — 2, Perichondritis — 1. Papilloma — 1 mit Massage nach Laker und kam zu ebenso negativen Resultaten wie Chiari. In schweren chronischen Fällen war die Massage ebensowenig nutzbringend, wie die gewöhnlichen anderen Methoden, in actuten und subacuten Fällen half dieselbe nicht schneller als andere Mittel. Die Massage des Kehlkopfes verursachte neben Schmerzen, Husten und Reizerscheinungen, so dass diese Methode vorläufig wenig empfehlenswerth ist.

Weyert.

Westnik obstschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 10—12 incl. 1896.

Prof. S. Pršhibytek: «Resultate der Untersuchung des Quellwassers in der Umgegend St. Petersburgs». (Nr. 10).

J. Petrowsky: «Odessa und ihre balneotherapeutische Bedeutung». (Nr. 10).

Eingehende Beschreibung der geographischen Lage, der sanitären und klimatischen Verhältnisse der Stadt Odessa, der Schlammbäder an den 3, in der Nähe der Stadt belegenen, Buchten des Schwarzen Meeres, der Seebäder und einiger privater Wasserheilanstalten und Anstalten für warme Seebäder.

P. Smolensky: «Die Fische in hygienischer Beziehung». (Nr. 10 u. 11).

B. Peltyn: «Ueber die Ernährungsverhältnisse der Bauern in Polen». (Nr. 11 u. 12).

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Nahrung der polnischen Bauern besteht hauptsächlich aus Vegetabilien, vorzugsweise Kartoffel. Sie ist sehr einförmig, enthält wenig Eiweisssubstanzen und sehr wenig Genussmittel. Im Sommer ist die Nahrung in jeder Beziehung besser, als im Winter. Die Vermögensumstände der Bauernfamilie haben auf die Nahrung derselben einen grossen Einfluss; am schlimmsten sind die Ernährungsverhältnisse in den Familien, die weniger als 3 Morgen Land besitzen.

A. Fedorow: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburg'schen Medicinal-Polizeilichen Comités für die Jahre 1888—1895». (Nr. 11).

D. Nikolsky: «Ueber die Unglücksfälle unter den Hüttenarbeitern des Bogoslowschen Kreises». (Nr. 12).

Im Bogoslowschen Kreise (Gouv. Perm.) werden Kupfer-, Eisen- und Goldgruben bearbeitet. Zahl der Arbeiter — 3600 im Alter von 16-60 Jahren. Im Decennium 1875—1884 kamen 190 schwere Verletzungen (Wunden, Contusionen, Fracturen, Verbrennungen) zur Beobachtung, darunter 10 Todesfälle. Am häufigsten verletzt wurden die unteren Extremitäten (fast 50%), darauf der Kopf (19%), die oberen Extremitäten (18%), Gesicht und Rumpf. Verursacht wurden die Verletzungen durch das Fallen verschiedener Gegenstände (38%), durch verschiedene Werkzeuge (18,4%), durch Pulver- und Dynamitexplosionen (12,6%).

N. Ordin: «Ein Fremdkörper im Dickdarm durch den Anus eingeführt». (Nr. 12).

Ein 23-jähriger militärpflichtiger Bauer steckte sich ein gabelförmig getheiltes Holzstück in den Mastdarm; er wollte damit eine allmählige Dehnung des Anus und Vorfall des Mastdarms bewirken, um dadurch vom Dienste befreit zu werden. Die darauf eingetretenen Stuhlverhaltung, Harnbeschwerden, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche und Abgang von Blut und stinkender Flüssigkeit durch den Anus zwangen den Kranken nach 2 Tagen sich ins Landeshospital zu begeben. Bei der Untersuchung per rectum wurde in demselben kein Fremdkörper gefunden; ein solcher wurde aber bei der Palpation des Abdomens, 4 Fingerbreit über dem Nabel in der Richtung der Linea alba nachgewiesen und per Laparo-enterotomiam entfernt.

A. Sacher.

Medcinskoje Obosrenje Nr. 13—24.

J. Ssarytschew: «Die plastische Bildung des Scrotum». (Nr. 13).

P. Tichow: «Ueber Epithelcysten der Finger». (Nr. 13).

Im vorigen Jahr hat Verf. einen Fall beobachtet und näher beschrieben. In dieser Abhandlung theilt er 3 weitere Fälle mit, die von ihm operirt und mikroskopisch genau analysirt wurden. Aetiologisch hält T. die traumatische Entstehung der Epithelcysten für bewiesen. Er konnte ferner constatiren, dass es sich durchaus nicht um Retentionscysten handelt, vielmehr sind die Cysten vollständig unabhängig von den Schweissdrüsen. In der Cystenwand fand T. die Zellen des stratum granulosum.

W. Mironowitsch: «Die subcutane Methode des Quecksilber-Einverleibens bei der Behandlung der Syphilis mit den Pjatigorski'schen Schwefelbädern». (Nr. 13).

In Pjatigorsk (Kaukasus) wird mit den Schwefelbädern die mercuriale Behandlung verbunden und zwar werden gewöhnlich Frictionen verordnet, es werden 8—10 Gramm grauer Salbe täglich eingerieben; der Effect ist jedoch nach den Erfahrungen des Verf. durchaus kein rascher; die syphilitischen Affectionen gehen dabei viel langsamer zurück, als bei dem Gebrauch der Frictionen ohne Schwefelbäder. M. erklärt diese Thatsache durch den Umstand, dass die Patienten nach den Schwefelbädern stark transpiriren und auf diese Weise das Quecksilber mit dem Schweiss wieder fortschaffen, es circulirt in Folge dessen im Blute nur eine ganz minimale Quecksilbermenge. Zur Fortschaffung von Syphiliden des condylomatösen Stadiums waren im Allgemeinen 20—40 Frictionen nothwendig, des gummösen Stadiums 35—50. M. ist desshalb zur subcutanen Methode übergegangen, er verbindet die Schwefelbäder mit subcutanen Injectionen von hydrargyrum benzoicum, pro dosi 0,02 und seitdem sieht er viel raschere Effecte. Zum Verschwinden der Roseola und zur Resorption von Papeln genügen 8—15 Injectionen, zur Ausheilung von Ecthyma syphiliticum 18—25, zur Resorption und Vernarbung gummöser Syphilide 20—27 Injectionen.

P. Postnikow: «Die zweizeitige Entero-Anastomose». (Nr. 15).

Meleschko: «Ein Fall von Pseudomyxoma peritonei». (Nr. 15).

Bei einer 47-jährigen Frau wurde wegen Ovarialkystom die Laparotomie ausgeführt. Bei der Eröffnung des Peritoneum wälzten sich aus der Oeffnung schleimige Massen von geléeartiger Consistenz in grossen Mengen heraus. Diese Massen füllten die ganze Bauchhöhle aus und hüllten auch alle Bauchorgane ein; an der Serosa des Darms, der Leber und der vorderen Bauchwand waren die gallertartigen Massen nur schwer zu entfernen. Das ganze verdickte und stark injicirte Bauchfell war von solchen Schleimklumpen durchsetzt. Die einzelnen Cysten der Ovarialgeschwulst waren ebenfalls mit ähnlichen gallertigen Massen gefüllt, hier und da waren die Cystenwände geplatzt und der Inhalt trat hervor. Ausgang in völlige Heilung. Verfasser schliesst sich der von Werth

gegebenen Erklärung für das Zustandekommen des Pseudomyxoms an. Die kleinen Cysten der Ovarialgeschwulst platzen in sehr früher Zeit, wo deren Inhalt noch schleimigen Charakter trägt; die schleimigen Massen können nicht resorbirt werden und fachen eine reactive Entzündung an.

A. Bobrow: «Die Appendicitis und deren Behandlung».

Verfasser führt 18 von ihm operirte Fälle vor, die die verschiedensten Formen dieser Erkrankung darstellen und bespricht recht ausführlich seinen Standpunkt in der Frage nach der einzuschlagenden Behandlung der Appendicitis. In der Aetiologie der Krankheit spielen zwei Factoren eine grosse Rolle, 1) die Anomalien der Lage und der Structur des Wurmfortsatzes und 2) Processe im Blinddarm und im Wurmfortsatze, die einen katarrhalischen Zustand der Schleimhaut bedingen und den Mikroben dadurch eine günstige Ansiedelungsstätte verschaffen. Unter 14 Fällen fand B. 4 Mal den Wurmfortsatz verlagert. 3 Mal war er unter dem Blinddarm umgeschlagen und 1 Mal fand er sie nach oben und innen von dem verlängerten und in's kleine Becken herabgesenkten Blinddarm. Je nachdem, ob die Lage des processus vermicularis eine normale oder eine anormale ist, verlaufen auch die pathologischen Processe ganz verschieden. Was den chirurgischen Eingriff anbelangt, so operirt B. in Fällen, wo schon einige Attaquen vorangegangen waren und wo in der anfallfreien Zeit die bekannte Resistenz und Schmerzhaftigkeit bei Palpation nicht verschwinden. Sind keine direct bedrohende Symptome der Ruptur des Wurmfortsatzes zu constatiren, so soll man lieber die acute Periode abwarten und erst beim Nachlassen der letzteren operiren. Bezüglich der Opiumbehandlung spricht sich Bobrow dahin aus, dass das Opium häufig mehr Schaden, als Nutzen bringt; es vergrössert noch die Coprostase im Blinddarm und bewirkt dadurch eine Verstärkung der Bacterienentwickelung. Sind keine Symptome einer acuten Perforationsperitonitis vorhanden, soll man Abführungsmittel verordnen und, wenn der Darm genügend gereinigt ist, Desinficientia. Verf. gebraucht hierfür Magisterium Bismuthi cum natrio salicylico. Nach den Erfahrungen des Verf. schaden die Laxantien nicht, die verstärkte Peristaltik ist nicht zu fürchten, im Gegentheil sie ist häufig nur erwünscht.

T. Krassnobajew: «2 Fälle von Darmactinomykose». (Nr. 17).

Verfasser beschreibt 2 von ihm an Kindern von 7½ und 8 Jahren beobachtete Fälle von Actinomykose des Darms und lobt die Behandlung mit Jodkalium. Man muss aber grosse Dosen anwenden, er beginnt mit 2,0 bis 3,0 pro die und steigert die Dosis. Bei Intoxicationserscheinungen wird die Jodbehandlung auf kurze Zeit ausgesetzt.

N. Ssokow: «Die Gelenkaffectionen bei Syringomyelie». (Nr. 18).

Die Gelenkaffectionen bei Syringomyelie sind nach den Erfahrungen des Verfassers sehr häufig. Gewöhnlich werden nur die oberen Extremitäten ergriffen, sehr selten auch die unteren. Trauma kann nicht immer nachgewiesen werden.

W. P. Serenin. «Ein Fall von Sarcom der Bauchwand, Entfernung des Tumors bei ausgedehnter Freilegung des Bauchfells. Heilung». (Nr. 19).

R. Sektorow: «Ueber die Wirkung des Antidiphterieserums, als therapeutisches und prophylaktisches Mittel». (Nr. 19).

Verfasser hat in der von ihm geleiteten Scharlachabtheilung des Moskauer Stadthospitals eine Diphtheritisepidemie in den Jahren 1895 und 1896 beobachtet und vergleicht seine Resultate mit denen bei einer früheren Epidemie 1891—1892. Es waren in der genannten Periode (1895—1896) 78 Kranke, die an Diphtherie (klinisch und bacteriologisch sichergestellt) erkrankten und mit Serum behandelt wurden, von denen starben 29 also 25,6%. Doch von diesen 20 war bei 8 eine andere Todesursache zu constatiren, (bei 4 — parenchymatöse Nephritis, bei 1 — dysenteria et pneumonia, bei 2 — catarrhalische Pneumonie, bei 1 — gangraena pulmonum), der Rachen war bereits rein in diesen Fällen; auf diese Weise ist die Mortalität viel geringer, sie beträgt 15,4%. In der Epidemie 1891—1892 betrug die Mortalität 65%. Sowohl in dieser Epidemie, als auch in der von 1891—1892 überzeugte sich Verf. dass die Fälle von Diphtherie, die während des scarlatinösen Floritionsstadiums einsetzten, eine schlechtere Prognose gaben, als diejenigen, welche während der Abschuppung beobachtet wurden. Die Erfahrungen des Verfassers über den prophylaktischen Werth des Diphtherieserums waren keine günstige.

M. Kalmykow: «Das Antidiphtherieserum bei wahrem Kroup». (Nr. 19).

Verfasser hat glänzende Resultate der Serumbehandlung bei Laryngitis crouposa beobachtet; von 5 Kindern starb nicht ein einziges.

G. Kljatschkin: «Zur Anatomie des n. trigeminus». (Nr. 19).

J. Russlow: «Zur Casuistik der Little'schen Krankheit». (Nr. 20).

Fall 1. Knabe von 3½ Jahren. Eltern gesund, keine Lues, kein Alkoholismus in der Familie. Die Geburt des Kindes ging normal von Statten, es kam nicht asphyktisch zur Welt. 2 Wochen vor der Geburt fiel die Schwangere in einen Keller, erschrack dabei heftig, so dass sie die letzten 2 Wochen bettlägerig war. Der 2 jährige Bruder des Patienten ist vollständig gesund. Schon bald nach der Geburt des Kindes beobachtete die Mutter, dass dasselbe die Füsschen nicht bewegt. Status praesens: Der Knabe ist in der geistigen Entwickelung zurückgeblieben, der Gesichtsausdruck ist stumpf. Strabismus convergens beider Augen. Bewegung der Zunge normal. Das Schlucken von flüssiger und fester Nahrung ist erschwert; die ersten Schlucke werden anstandslos ausgeführt, dann aber wird es dem Knaben immer schwerer etwas herunterzubekommen, er muss pausiren, um dann wieder einige Bissen herunterschlucken zu können. Die unteren Extremitäten liegen gekreuzt und adducirt, nur mit Mühe gelingt es dieselben zu trennen, wobei die Adductoren stark gespannt erscheinen. Die Füsse in Varo-equinusstellung. Die activen Bewegungen in den unteren Extremitäten sind sehr beschränkt. Weder kann der Knabe stehen, noch sitzen. Alle 10 Minuten ungefähr treten rythmische Zuckungen in den Beinen auf. Steigerung der Patellareflexe. Fussclonus gelingt nicht wegen der Erschwerung der Dorsalflexion. Die linke Hand kann der Patient bis an den Kopf bringen, bei Ergreifen eines Gegenstandes tritt Intentionszittern auf. Die 4 letzten Finger sind stark flectirt, der Daumen extentirt und abducirt. Die rechte Hand kann nur bis zur Horizontalebene gehoben werden, die Finger sind ebenfalls flectirt. Die Muskulatur der Hände ist rigid. Ausgesprochene Atrophie konnte weder in den oberen, noch in den unteren Extremitäten nachgewiesen werden.

2-ter Fall: 7½ jähriger Junge. Der Vater war Alkoholiker auch der Grossvater huldigte diesem Laster. Lues ausgeschlossen. Die Geburt ging normal von Statten, keine Asphyxie, doch kam der Knabe sehr klein und schwächlich zur Welt, als Zwilling; der andere kam todt zur Welt. Im ersten Lebensjahre waren Rachitis, Craniotabes und Laryngospasmus vorhanden. Status praesens: Der Knabe ist in der Entwickelung stark zurückgeblieben, wenig beweglicher Gesichtsausdruck. Ptosis beider Augenlieder, die rechte Pupille weiter, als die linke, Reaction auf Licht vorhanden. Parese des rechten rectus internus und horizontaler Nystagmus. Die Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach links ab, das Schlucken vollzieht sich normal. Die rechte Hand kann nur bis zur Horizontalen erhoben werden, im Ellenbogen ist sie unter stumpfen Winkel gebeugt und kann nur mit grosser Mühe gestreckt werden. Die Bewegungen in den Fingern sind sehr eingeschränkt, einen Gegenstand kann der Knabe mit dieser Hand nur schwer fassen, behalten aber schon gar nicht. Die Bewegungen in der linken Hand sind viel ausgiebiger, wenn auch hier Einschränkungen vorhanden. Bei passiver Bewegung geringe Rigidität der Muskulatur. Die Füsse sind einander genähert, die Adduction gelingt schwer. Die rechte Extremität ist ausserdem nach innen gebeugt und um 1 ctm. verkürzt. Pedes equini. Patellareflexe, nam. rechterseits sehr lebhaft. Beim Gehen tritt der Knabe nur auf die Zehen auf, wobei die Knie aneinander gerieben werden. Starke Lordose der Lendenwirbelsäule. — Dass in beiden Fällen der pathologische Process im Gehirn und zwar in der motorischen Sphaere der Hirnrinde zu suchen ist, unterliegt wohl keinem Zweifel. Viel schwieriger ist die Frage nach dem Charakter des Processes, um so mehr da die von Little angegebenen aetiologischen Momente (schwere Geburt, starke Asphyxie der Neugeborenen) hier nicht vorhanden waren. Im ersten Falle nimmt Verf. als ursprüngliches Moment Meningealblutungen an, die wahrscheinlich auch auf die hintere Schädelgrube übergegriffen haben (Dysphagie etc.), im 2-ten Falle sind vielleicht complicirtere Verhältnisse anzunehmen — Porencephalie als Ausgang einer foetalen Encephalitis und frischere meningeale Blutungen.

P. Rosenbaum: «Zur Casuistik der Enchondrome im oberen Femurdrittel». (Nr. 20).

Der Fall ist insofern von Interesse, als die gewöhnlich an dieser Stelle vorkommenden Tumoren maligner Natur sind, (Sarcome) und die Enchondrome gewöhnlich von der Diaphyse oder von der unteren Epiphyse des Femur ihren Ausgangspunkt nehmen.

P. Michalkin: «Ueber die Angina Ludovici». (Nr. 20).

In den letzten 5 Jahren hat Verf. unter einem Material von 25,000 chirurgisch-Kranker (Landschaftshospital) 5 Fälle von primaerer Ludwig'scher Angina beobachtet; in 4 Fällen, wo frühzeitig operativ eingegriffen wurde, war der Ausgang ein guter; ein Fall endete lethal, weil die Operation verweigert wurde. Was die Aetiologie der Krankheit anlangt, so konnte M. in 2 Fällen eine Laesion der Schleimhaut der Mundhöhle resp. des Rachens nachweisen (im 1-ten Falle ein kleiner Riss unter der Zunge, im 2-ten Falle — Angina), in den übrigen Fällen fand M. trotz sorgfältiger Untersuchung des Kopfes, der Ohren, der Mund, Nasen und Rachenhöhle keine Laesion weder an der Haut, noch an der Schleimhaut; auch waren keine Infectionskrankheiten vorangegangen, so dass er eine idiopathische Entstehung annehmen musste. Kommen die Fälle von Ludwig'scher Angina frühzeitig zur Beobachtung, so räth Michalkin die von Hüter angegebene parenchymatöse Karbolinjection zu probieren (2—3%, 4—5 mal täglich zu einer ganzen Prav. Spritze), später aber, wenn bereits Eiter innerhalb der Kapsel der Submaxillardrüse anzunehmen ist, müsse operativ vorgegangen werden.

N. Ssokolow: «Lösung der unteren Femurepiphysen bei Skorbut». (Nr. 21).

Verfasser beobachtete bei einem 16 jährigen Knaben der unter starken Schmerzen und Schwellung in dem unteren Drittel beider Oberschenkel in's Hospital gebracht worden war, eine Ablösung der unteren Epiphysen von der Diaphyse. Trauma war nicht vorangegangen, auch konnte ein osteomyelitischer Process ausgeschlossen werden. Da Symptome eines leichten Skorbuts bestanden (schlechte Ernährung, Anaemie, Schwellung und Auflockerung des Zahnfleisches) so konnte nur letzterer als aetiologisches Moment angenommen werden.

A. Eberlin: «Ein seltener Fall von haematocele retrouterina». (Nr. 21).

Von Interesse ist 1) dass die Blutgeschwulst eine colossale Grösse erreichte, die obere Grenze derselben befand sich 2 Querfingerbreit oberhalb des Nabels, die Geschwulst entsprach somit einem schwangeren Uterus im 7-ten Monate 2) dass sie ganze 7 Jahre bestand, was wohl zu den grössten Seltenheiten gehört. Als Ursache der haematocele giebt Verf. eine chronische Perimetritis an; die Blutung entstand aus den gefässreichen Adhaesionen. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. den Schnitt vom hinteren Scheidengewölbe aus mit nach folgender Drainage.

O. Tiktin: «Ueber die Möglichkeit der Inficirung mit Recurrens durch Wanzen». (Nr. 21).

Verf. hatte Gelegenheit eine grosse Recurrensepidemie in Odessa zu verfolgen und bei Besichtigung der verschiedenen Asyle, in denen die Epidemie ausgebrochen war, kam er auf den Gedanken, dass die Spirochaeten möglicher Weise durch Ungeziefer übertragen werden. Um dieses zu beweisen, führte T. im pathologisch-anatomischen Institut verschiedene Experimente aus. Er brachte Wanzen in ein Reagenzglas, verkorkte dasselbe und liess dieselben einige Tage hungern: alsdann wurden sie auf die Haut von Patienten, die grade in der Recurrensattaque waren, gebracht und, wenn sie sich schon vollgesaugt hatten, wurden sie auf Deckgläschen zerdrückt. T. konnte alsdann unter dem Mikroskop typische Spirochaeten in grosser Anzahl nachweisen. Auch die Versuche mit Infection gesunder Affen durch solche Wanzen fielen positiv aus.

A. Parzewski: «Combinirte Nephritis (chronische interstitielle und acute parenchymatöse), Croupöse Entzündung der Nierenbecken und Harnleiter». (Nr. 22).

S. Tschirwinski: «Zur Pharmacologie des Chelidonium majus». (Nr. 22).

Experimentelle Untersuchungen an Fröschen über die Wirkung des Extractum Chelidonii.

A. Sinëw: «Zur Typhusdiagnose mittels der Widal'schen Methode». (Nr. 22).

Das von Widal angegebene Verfahren die agglutinirenden Eigenschaften des Blutserums Typhuskranker auf Typhusbacillen zur Diagnose zu verwerthen, hat Verf. in 33 Fällen erprobt, von diesen waren 10 Kranke auf der Höhe des Typhus, bei anderen 10 war das Fieber schon zur Norm gefallen, bei 6 war das Krankheitsbild nicht ganz aufgeklärt. 3 mal wurde die Methode angewandt bei Recurrens, 1 mal bei Intermittens und 3 mal bei gesunden Personen. Sowohl in den frischen Fällen von Typhus (10), als auch bei den bereits abgelaufenen trat die Reaction ganz eclatant zu Tage. Schon 5 Minuten nach Ausführung der Reaction beobachtete S., dass die Bacillen ihre Bewegungsfähigkeit einbüssten, sich zu Haufen sammelten; nach einigen Stunden verloren die Bacillenhaufen ihre Structur. In einem Falle, wo die Diagnose zwischen Abdominaltyphus und Miliartuberculose schwankte, entschied der negative Ausfall der Reaction zu Gunsten der 2-ten Annahme, was sich auch bei der Section bestätigte. Bei Intermittens, Recurrens und bei den gesunden Personen gelang die Reaction nie. Dass die bactericide Eigenschaft des Blutserums noch lange Zeit nach Ablauf der Krankheit anhält, konnte Verf. mehrmals nachweisen.

S. Alexandrow: «Ein Fall von hysterectomia vaginalis nach Pean-Segond». (Nr. 23).

J. Kalabin: «Ueber die Entfernung der Uterusadnexa». (Nr. 23).

Der vom Verf. operirte Fall zeigte, dass eine Verkleinerung des Uterus nach Entfernung der Adnexa erst nach 6 Jahren eintrat; Metrorrhagie kann noch lange Zeit anhalten, dabei kann die Blutung abundant sein. Die Operation kann ferner nachtheilige Folgen für das ganze Nervensystem haben, wie es Verf. in seinem Falle beobachtet hat.

E. Maljutin: «Ueber die Entwickelung der Stimme mit Hülfe eines Kammertones und über die Anwendung dieser Methode zur Behandlung der Stimmbänder-Parese». (Nr. 23).

Verfasser hat sehr interessante Beobachtungen mit dem Kammerton gemacht. Beschäftigt mit der Untersuchung des Gehörs bei Fabrikarbeitern, benutzte er die Kammertone von C bis é, die er an das Ohr der Arbeiter brachte und häufig gleichzeitig in Unisson mit den Kammertönen mitsang; wenn er so einige Stunden sich beschäftigte, so machte er die Beobachtung, dass seine Stimme mehr Klang bekam und einen besonderen metallischen Timbre annahm. Seine weiteren Versuche an sich selbst stellte M. in der Weise an, dass er gleichzeitig mit dem Kammerton Töne zu nehmen versuchte, die ihm früher nie gelangen, wobei er bei den hohen Noten zur Verstärkung der Vibration der Stimmbänder den Kammerton auf den Kopf stellte. Es stellte sich nun bald heraus, dass man auf diese Weise viel leichter singen kann und dass die Töne voller herauskommen. Diese Beobachtungen verfolgte Verf. auch an anderen Personen, die früher nie gelernt haben zu singen und konnte bei ihnen die Stimme ausbilden. Alsdann versuchte er mit Hülfe des Kammertones die hysterische Aphasie zu bekämpfen, was ihm auch gelang. *Ein* 15-jähriges Mädchen, das seit 3 Jahren an Aphasie (Parese der Stimmbänder) litt, welche den verschiedenen angewandten Mitteln getrotzt hat, wurde auf diese Weise von ihrem Leiden befreit. Er brachte den vibrirenden Kammerton auf die Schilddrüse oder auf den Kopf und veranlasste das Mädchen die entsprechende Note auf den Buchstaben a zu nehmen. Die Sitzung dauerte 20 Minuten, wobei die Kammertöne zweier Octaven von e bis e'' zur Anwendung kamen. In den nächsten Tagen wurden die Sitzungen wiederholt, und in der 4. Sizung begann das Mädchen schon deutlich einzelne Laute auszusprechen; alsdann nahm M. einen Kammerton welcher der Höhe dieser Laute entsprach und nun ging es mit der Heilung rascher; schon nach 6 Sitzungen konnte die Patientin Worte mit lauter Stimme aussprechen. Verfasser nimmt eine rein mechanische Einwirkung des Kammertones auf die Stimmbänder an und ist überzeugt, dass diese Behandlungsmethode von grossem Werth sei.

M. Moltschanow: «Ein Fall von Aphasie eines Rechtshändigen bei rechtsseitiger Gehirnlaesion». (Nr. 24).

Bei dem 60-jährigen Arbeiter zeigten sich in Folge von Embolie der art. fossae Sylvii linksseitige Hemiplegie, parese der n. facialis und hypoglossus und eine amnestische Aphasie. Bei der Section fand M. die linke Hirnhaemisphaere völlig normal; in der rechten Erweichungsherde, der eine in der Gegend der 3. Frontalwindung, der 2. in der ersten Temporalwindung, der 3. in der insula, entsprechend dem vorderen Ende des nucleus lenticularis. Capsula interna normal.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Juli – October. Nr. VII – X. 1896.

A. P. Rakejew: Ein Kaiserschnitt in Folge einer Beckengeschwulst. (VII., VIII.)

Im Falle R.'s handelte es sich um eine sehr derbe, unbewegliche Geschwulst, welche das obere Drittel des Femur einnahm und auf die Beckenknochen überging. Bei der inneren Untersuchung der im 9. Monat graviden Pat. wurde constatirt, dass fast das

ganze kleine Becken von einer derben Geschwulst ausgefüllt war, welche von den Beckenknochen rechts und hinten ausging. Nur mit Mühe konnte ein Finger zwischen Tumor und linker Beckenwand durchgeführt werden. Bei Eintritt der Geburt wurde zum Kaiserschnitt geschritten. Provisorische Untersuchung mit einem Gummischlauch. Sitz der Placenta links vorne. 8 tiefe Seidenknopfnähte. Lebendes Kind. Glatter Verlauf. Nur vom 6. Tage Temperaturrsteigerungen im Verlaufe von 5 Tagen, bedingt durch eine complicirende Dysenterie.

E. W. Dimant: «Sacrotomie bei Verengerungen des Beckens im geraden Durchmesser». (VII., VIII.)

Die vom Verfasser angestellten Messungen haben erwiesen, dass die Vergrösserung des geraden Durchmessers nach Symphysiotomie um so geringer ist, je tiefer die jeweilig der Betrachtung unterworfene Beckenebene liegt, d. h., dass der gerade Durchmesser des Beckenausganges fast um die Hälfte weniger erweitert wird, als derjenige des Beckeneinganges. Es kann daher bei bedeutender Verkürzung des geraden Durchmessers des Beckenausganges die Symphyseotomie zur Beseitigung der räumlichen Missverhältnisse ungenügend sein, während eine Entfernung der Kreuzbeinspitze in solchen Fällen die räumlichen Verhältnisse günstiger gestalten würde. Die vom Verf. vorgeschlagene Durchsägung hätte in der Gegend zwischen den 3. und 4. foram. anterior. des Kreuzbeines stattzufinden.

A. P. Gubarew: «Ueber sarcomatöse Entartung von Fibromen». (VII., VIII.)

Beschreibung eines Falles von Fibrom des vestibulum und der vorderen Scheidenwand, welches an der Oberfläche exulcerirt war. Mikroskopisch wurde nachgewiesen, dass das Gewebe in der Umgebung der Ulceration sarcomatös entartet war.

S. S. Michelson: «Corpus luteumcysten». (VII., VIII.)

In dem von Professor Slawjanski operirten Falle handelte es sich um eine apfelgrosse, bewegliche, linksseitige Ovarialcyste, bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft im 3. Monat. Ovariotomie; Abort am 6. Tage nach der Operation. Glatte Heilung. Die entfernte Cyste wies glatte Wandungen auf. Am Grunde derselben befindet sich das Ovarium. Mikroskopisch wurde nachgewiesen, dass die Cyste sich aus einem Corpus luteum entwickelt hatte. Der Beschreibung des Falles folgen einige epikritische Bemerkungen.

M. G. Mjkerttschjanz: «Zwei Fälle von Sarcom der Eierstöcke». (VII., VIII.)

Mittheilungen von Krankengeschichten zweier operirter Fälle von doppelseitiger sarcomatöser Entartung der Ovarien, an welche Verf. epikritische Bemerkungen anschliesst.

P. W. Kaschkadamow: «Zur Kasuistik der künstlichen Vaginabildung». (IX.)

In einem Falle von rudimentärer Entwickelung des Uterus, der Tuben und der Ovarien bei gleichzeitigem Fehlen der Vagina wurde von Muratow in folgender Weise die Bildung einer Scheide vorgenommen. Spaltung der den Scheideneingang verschliessenden Membran. Zuerst stumpfe, dann blutige Durchtrennung des Gewebes zwischen Blase und Mastdarm bis auf eine Tiefe von 9 Cent. Abpräparirung von 3 schmalen 6 Cent. langen Schleimhautlappen von den kleinen resp. grossen Schamlippen. Umklappen derselben in die neugebildete Scheide und Fixirung daselbst durch einige Suturen. Jodoformgazetamponade. Befriedigendes Endresultat.

W. G. Beckmann: «Ueber Schwangerschaft in einem rudimentär entwickelten Uterushorn». (IX.)

Im Falle B.'s, dem 4 in Russland beobachteten, handelte es sich um eine 29-jährige IV Gravide mit folgendem Genitalbefund. Uterus etwas vergrössert nach links dislocirt. Aeusserer M. M. etwas erweitert. Rechts und hinten von der Gebärmutter ist durch das Scheidengewölbe ein Tumor von Faustgrösse palpirbar welcher bis auf einen Querfinger breit an die Uteruskante heranreicht. Die Geschwulst ist kaum verschieblich, von prall-elastischer Consistenz und ovaler Form; sie macht den Eindruck einer Ovarialcyste. Coeliotomie. Exstirpation des Tumors nach Unterbindung der 3 Cent. langen, 1 Cent. dicken und 3½ Cent. breiten Gewebspartie, welche die Geschwulst mit dem Uterus verbindet. Glatte Heilung. Das exstirpirte Uterushorn ist von eiförmiger Gestalt. Auf der Amputationsfläche eine Stricknadelgrosse Oeffnung, aus welcher die durchsichtige Eiblase hervorquillt. Unterhalb des äusseren Poles der Geschwulst geht ungefähr 2 Cent. nach innen die normale 8 Cent. lange Tube ab; einen Cent. von derselben entfernt das runde Mutterband. Das rechte normal entwickelte Ovarium enthält ein corpus luteum verum, welches dem 3—4 Schwangerschaftsmonate entspricht. Der mikroskopische Bau der Wand des Fruchthalters entsprach demjenigen einer Uteruswand: eine Abweichung bestand nur in Bezug auf das Bindegewebe, welches bedeutend vermehrt erschien.

In der Epikrise seines Falles geht Verfasser sehr eingehend auf die in der Literatur verzeichneten einschlägigen Fälle ein. In Bezug auf die Therapie hält B. die Amputation des schwangeren Hornes für das Normalverfahren. Nur in Fällen, wo eine Stielbildung unmöglich ist, darf zur supravaginalen Amputation des Uterus geschritten werden. Am Ende der Schwangerschaft könnte bei lebender Frucht noch der conservative Kaiserschnitt am schwangeren Horn mit nachfolgender Einnähung desselben in die Bauchwunde in Frage kommen.

J. Rosenthal: «Ein Fall von Graviditas extrauterina intramuralis». (IX.)

Statistisch berechnet R., dass auf 100 Fälle extrauteriner Gravidität 3 Fälle von intramuraler kommen. Sein Fall ist folgender. 28-jährige III. gravida. Letzte Regel vor 15 Wochen. Untersuchungsbefund: Portio vergrössert, äusserer M. M. für einen Finger durchgängig. Uterus vergrössert. Hinteres und rechtes Scheidengewölbe frei. Im linken, sich nicht vorwölbenden Scheidengewölbe fühlt man das untere Segment eines Tumors, welcher nach rechts und oben verschieblich ist. Die Geschwulst lässt sich nicht vollständig vom Uterus abgrenzen; sie scheint vielmehr mit demselben durch ein recht breites Band in Verbindung zu stehen. Coeliotomie. In Folge fester Verwachsung des Tumors mit dem Gebärmuttergrunde — supravaginale Amputation derselben. Heilung complicirt durch geringe Eiterung der Bauchnaht. Die exstirpirte Geschwulst von Mannskopfgrösse, besteht aus dem Fruchtsack welcher der linken und oberen seitlichen Wand des Fundus uteri aufsitzt. Das uterine Ende der linken Tube geht in die Wand des Fruchtsackes über; unter demselben liegt das unveränderte Ovarium und der abdominale Theil der Tube. Im Fruchthalter befindet sich ein 4½ monatlicher männlicher Foetus. Die Placenta ist am Boden des Sackes adhaerent und verlegt das Lumen der linken Tube. Zwischen Uterusschleimhaut und der Placenta befindet sich eine 3 Milm. dicke Muskelschicht. Die Wand des Fruchtsackes wird durch das Amnion und den gedehnten peritonealen Ueberzug des Gebärmuttergrundes gebildet. Zwischen beiden Membranen sind keine Muskelelemente nachweisbar. Eine Communication zwischen Uterus und Fruchtsackhöhle ist nicht vorhanden. Der Mittheilung dieses interessanten Falles schliessen sich epikritische Bemerkungen an.

A. A. Abraschanow: «Neue Methode der operativen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles». (IX).

Da weder die Methode von Neugebauer noch die von Gubarew und Freund einen Operateuren befriedigen können, hat Verf. versucht, den Uterus durch 4 Repositorien zu stützen, von denen je eines an den 4 Wänden der Scheide angebracht wird. Zu diesem Zwecke schneidet Verf. auf der Höhe der Vaginalportion aus der vorderen Scheidenwand einen Lappen von 3 cm. Höhe, welcher beiderseits bis auf 1 cm an die seitlichen Scheidenwände heranreicht. In ähnlicher Weise wird auch aus der hinteren Wand ein Schleimhautlappen herausgeschnitten. Es folgt einen Querfinger tiefer die Abpräparirung gleichfalls 3 cm hoher Lappen aus den beiden seitlichen Scheidenwänden, welche bis an die vordere und hintere Scheidenwand reichen. Werden jetzt die angefrischten Flächen durch je 3 tiefe Nähte vereinigt, so entstehen 2 über einander liegende nicht vollständig geschlossene ringförmige Wülste, welche das Lumen der Scheide verringern und als Stütze der Vaginalportion dienen.

A. A. Buchstab: «Die Geburtshilfe im Taurischen Gouvernement im Jahre 1895». (IX).

Der Rechenschaftsbericht umfasst 1523 Geburten. Dieselben sind auf Grund von Fragebogen, welche an die Hebammen verschickt wurden, zusammengestellt, Die Resultate sind nicht erfreuliche, denn B. meint zum Schlusse, dass die Zeit noch ferne sei, wo die Frau unter ebenso günstigen Bedingungen zu Hause wird niederkommen können wie in gut organisirten Gebäranstalten.

A. A. Muratow: «Die Auskratzung als Methode den artificiellen Abort auszuführen». (X).

Recht ausführliche Beschreibung des Verfahrens welchen sich Verf. bei Ausführung eines Abortus artificialis bedient. Dasselbe bietet nichts Originelles. Es folgen 12 Krankengeschichten.

A. Eberlin: «Geburt bei Scheidenverschluss». (X).

21 jährige I. para. Gleich hinter dem Hymen befindet sich eine 1 cm dicke Membran, welche die Scheide verschliesst. In

der Nähe des Centrums derselben eine wenige Mm. lange Narbe. Die Membran kann leicht mit dem untersuchenden Finger eingestülpt werden. Excision der Scheidewand und Naht. Normaler Geburtsverlauf und Wochenbett.

P. Perepetschin: «Zur Lehre von der Diagnose und Behandlung fibröser Uterusgeschwülste. (X).

Als Einleitung macht Verf. auf die Unmöglickeit der differenzialdiagnostischen Merkmale bei der Diagnose von Fibromen und Neubildungen der Adnexa aufmerksam und geht dann zur Schilderung seiner beiden Fälle über. In denselben handelte es um submucös, gestielte Fibrome von nicht über Faustgrösse. Der eine derselben lag noch im Uteruscavum, während der andere schon in die Scheide geboren war. In beiden Fällen konnte die richtige Diagnose nur nach Einleitung der Narcose gestellt werden, deren Anwendung P. auf's Wärmste empfiehlt (Da die Fälle durchaus keine Seltenheiten darboten, hätte eine sorgfältigere Untersuchung wohl auch ohne Narcose zum Ziele geführt. Ref.).

K. A. Schamrajew. «Beiträge zur Beurtheilung der Th. Brandt'schen Methode als Heilmittel bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane». (VII—X).

Die Anschauungen welche S. an einem nicht geringen Material über den Werth der Massage gewonnen, sind im Grossen und Ganzen die allgemein verbreiteten; eine Wiedergabe derselben daher ohne Interesse. Als Contraindicationen führt Verf. an: alle acuten, eitrigen oder infectiösen Formen der Erkrankungen der Geschlechtsorgane, ferner eine gewisse Erregbarkeit und Empfindlichkeit der Kranken gegen den mechanischen Insult. Dobbert.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii.
Bd. II. Heft 1—5.

G. Gabritschewski: «Die Grundzüge der Serotherapie bei Typhus recurrens».

Es existiren einige Hypothesen und Theorien, welche das plötzliche Aufhören der Fieberattaque bei Recurrens erklären sollen. Heidenreich nahm an, dass die Spirochaeten, durch das Ansteigen der Temperatur auf das Maximum, vernichtet werden und auf diese Weise aus dem Blute verschwinden. Motschutkowski schreibt das Verschwinden der Spirochaeten der allmählichen Eindickung des Blutes zu, welcher Umstand den Boden für das Gedeihen der Spirillen sehr ungünstig gestaltet, Albrecht nimmt an, dass die Spirillen durch die Produkte ihrer eigenen Lebensthätigkeit vernichtet werden. Verfasser hat nun eine Reihe von Versuchen an Menschen und an Affen angestellt; dieselben ergaben ganz unzweideutig, dass zu gewissen Perioden der Fieberattaque im Blute sog. Antikörper entstehen, welche gegenüber den Spirochaeten starke bactericide Eigenschaft besitzen. Den Beweis für diese Auffassung kann man sich sehr leicht liefern und zwar auf folgende Weise: man setzt zum Blutserum, das eine grosse Menge von sich bewegenden Spirillen besitzt, das Serum von Patienten, die eben eine Recurrensattaque überstanden haben, hinzu und überzeugt sich, dass die Spirochaeten schon nach $1/2$—1 Stunde bei Thermostatentemperatur und nach 2—4 Stunden bei gewöhnlicher Zimmertemperatur unbeweglich werden; sie schwellen an und sterben rasch ab; setzt man solches Serum nicht hinzu oder aber setzt man das Serum von gesunden Menschen hinzu, so leben und bewegen sich die Spirochaeten 2—8 Tage. Das Verhältniss der Lebensdauer derselben im Blute zur Lebensdauer in demselben Blute, aber gemengt zu gleichen Theilen mit dem Serum, dessen bactericide Fähigkeit zu eruiren ist, ausgedrückt durch $\frac{M}{N}$ ist der Coefficient der bactericiden Eigenschaft des Serums. G. überzeugte sich, dass das Blut von gesunden Personen, die nie an Recurrens gelitten hatten, keine bactericiden Eigenschaften gegenüber den Spirillen besitzt. Die bactericide Fähigkeit manifestirt sich während der Attaque, steigt einige Zeit vor der Crise an und erreicht ihr Maximum während der Crise und der ersten 24 Stunden der Apyrexie. Einige Zeit vor der Attaque ist die bactericide Eigenschaft des Serums zunächst gar nicht nachzuweisen, sie manifestirt sich jedoch intensiver und nimmt in der Dauer zu mit jeder neuen Apyrexie. Personen, welche Recurrens durchgemacht haben, behalten in ihrem Blute längere Zeit, einige Monate oder sogar Jahre nach der definitiven Genesung die bactericiden Eigenschaften. Die ersten therapeutischen Versuche mit dem bacterientödtendem Serum führte Verfasser an 2 Affen aus. Denselben wurden gleiche Mengen spirochaetenhaltigen Blutes subcutan einverleibt; nach 3 Tagen konnte man die Spirillen im Blute der Affen nachweisen. Am selben Tage wurde dem einen Affen 5 ccm eines bactericiden Serums von bekanntem Coefficienten eingespritzt und Morgens die Injection wiederhohlt, da die Temperatur noch hoch blieb. 24 Stunden nach der ersten Einspritzung und 12 Stunden nach der 2. trat die Krisis ein. Die Erkrankung währte somit 2 Tage. Recidive wurden nicht beobachtet. Bei dem 2. Affen dauerte das Fieber 3 Tage, im Blute waren viel mehr Spirillen nachzuweisen und nach einem Intervall von 5 Tagen trat wieder eine Fieberattaque auf. Verf. gedenkt nun therapeutische und prophylaktische Versuche mit dem Antirecurrens-Serum anzustellen.

J. A. Notkin: «Zur Physiologie der Schilddrüse».

Verf. weist zunächst darauf hin, dass die Eiweissbestandtheile der Schilddrüse noch wenig bekannt seien, dass die Autoren geneigt seien die Kolloidmasse der thyreoidea mit dem Kolloid der verschiedenen Tumoren zu identificiren und dass das bei Kolloidstrumen gefundene Paralbumin durchaus nicht ein normaler Bestandtheil der Drüse sei. Dem Verfasser ist es gelungen aus der Drüse ein Eiweisskörper zu isoliren, den er mit den Namen Tyreoproteid bezeichnet. Frische Schilddrüsen werden in 1 mit alkoholfreiem Aether gefülltes Gefäss hineingebracht und so ins Laboratorium transportirt. Dort werden sie zerhackt und mit destillirtem Wasser versetzt, in einem Gefässe 12—24 Stunden stehen gelassen, wobei einige Male umgeschüttelt werden muss. Nach 12—24 Stunden werden die Drüsenmassen durch Leinewand gepresst und dann zum 2-ten Male in 5 oder 10%-iger Chlornatronlösung extrahirt und wieder filtrirt. Die erhaltenen Extracte werden von den kleinen Drüsentheilchen durch Centrifuge gereinigt. Das wässrige Extract stellt dann eine klare, blutrothe, neutral oder schwach alkalisch reagirende Flüssigkeit dar, die sehr reich an Eiweissstoffen, nam. an Tyreoproteid ist. Letzteres erhält man durch Ausfällen mit Schwefelsaurem Magnesia, oder aber, was geeigneter scheint, durch Versetzen des wässrigen Extractes mit gleichen Volumtheilen einer gesättigten Lösung von schwefelsaurem Ammonium. Es tritt ein grauröthlicher Niederschlag ein, der durch Centrifuge leicht von der Flüssigkeit geschieden werden kann; letztere wird nochmals mit einer, gesättigten Lösung von schwefelsaurem Ammonium behandelt und wieder centrifugirt. Der Niederschlag, — das Thyreoproteid wird in destillirtes Wasser gebracht und durch Ammonium sulfuricum mehrmals wieder niedergeschlagen zur Reinigung von Beimengungen. Je häufiger das Tyreoproteid gefällt worden ist, um so reiner wird es: 2 Mal niedergeschlagener enthält z. B. 1,695% Jod, 4 Mal — 0,1%. Nimmt man jedoch zur Fällung nur sehr geringe Mengen destillirten Wassers, so findet man das Tyroproteid fast jodfrei, jedenfalls sind es nur sehr geringe Spuren von Jod. In dem wässrigen und Salz-Extracten fand Verf. weder Globulin, noch Albumin.

Verf. giebt für das Tyreoproteid eine ganze Reihe von charakteristischen Reactionen an und führt den Beweis, dass die Substanz kein Drüsensecret ist, sondern ein Produkt des allgemeinen Stoffwechsels. Durch eine Reihe von Experimenten die im Original nachzulesen sind, beweist Verf., dass das Tyroproteid ein Gift ist, bei Thieren ruft es allgemeine Paralyse hervor, daneben eine eigenthümliche Veränderung des Zellgewebes, die besonders bei Hunden sich manifestirt und den myxoedematösen Infiltraten gleich kommt. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt Notkin zur Ueberzeugung, dass die Symptome der sog. Cachexia strumipriva durch 2 verschieden wirkende Gifte hervorgerufen werden: 1) Die Tetanie erzeugen giftige Substanzen, die durchaus keine Eiweissstoffe sind, man kann sie aus dem Blute von Thieren, die gerade bei starken Krampfanfällen sind, isoliren. 2) Das Myxoedem hängt von der Anhäufung des Tyroproteids im Organismus ab.

M. Kurlow: «Citoryctes vaccinae Guarnieri».

Verf. hat nach der Methode von Guarnieri Kalbslymphe zur Ueberimpfung auf die Cornea der Kaninchen verwendet, um die Aetiologie der Vaccine festzustellen. Eine ganze Serie von Beobachtungen führten Verf. zu folgenden Schlüssen. 1) Die Vaccine ist durch Parasiten bedingt, die nicht zur Bacterienklasse gehören. 2) Nach Uebertragung der Vaccine auf die Hornhaut macht sich der Parasit in seiner amoeboiden-Form erkennbar. 3) In dieser Form pflanzt er sich auf dem Wege der directen Theilung und wahrscheinlich auch Sprossbildung fort. 4) Der Parasit siedelt sich im Zellprotoplasma an, berührt nicht den Zellkern.

Abelmann.

Дозв. цена. Спб. 4 Марта 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Wratsch Nr. 1—6, 1897.

Prof. W. Obraszow: «Ueber Magenerweiterung». (Nr. 1).

Bekanntlich ist die Magendilatation in der Mehrzahl der Fälle ein secundärer Zustand, welcher sich an Verengerungen des Pylorus oder des Anfangstheils des Duodenums anschliesst. Diese Form nennt Verf. die hypertonische. In einer kleineren Anzahl von Fällen findet man Magenerweiterung bei abnormer Nachgiebigkeit der Magenwandung, als Folge einer angeborenen oder erworbenen (langdauernder Magenkatarrh, schwere Krankheiten, Anämie und dgl.) Schwäche der Muskulatur des Magens — atonische Form. Endlich kann die lange Zeit fortgesetzte, übermässig reichliche Aufnahme von Speisen und Getränken in den Magen zur Dilatation desselben führen. Die Bedeutung all' dieser Ursachen ist eine verschiedene: während bei mechanischer Erschwerung des Durchtritts der Speisen aus dem Magen in den Darm die Entwickelung einer Magenerweiterung zur Regel gehört, bildet sie bei Atonie des Magens nur eine ausnahmsweise Erscheinung. Bei der reichlichen Aufnahme von Speisen und Getränken haben wir es mehr mit einer Megalogastrie, als Magendilatation zu thun. Die sichersten Resultate bei der objectiven Untersuchung ergeben die Inspection und Palpation, durch welche die Umrisse des erweiterten und angefüllten Magens sich durch die Bauchdecken hindurch am besten bestimmen lassen. Dagegen sei die Bestimmung der Grösse des Magens und seiner unteren Grenze von sehr untergeordneter Bedeutung, da sie vielen Fehlerquellen ausgesetzt ist. Die beste Therapie ist die Ausspülung des Magens, durch die allein sehr viele Magendilatationen vollständig geheilt werden, bei bestehender Pylorusstenose aber — operative Eingriffe.

Prof. M. Ssergeew: «Das Verhalten des Codeins und Morphiums zu reiner Schwefelsäure». (Nr. 1).

Nach der russischen Pharmacopöe, editio quarta, sowie nach allen anderen Angaben, müssen die Lösungen des Codeinum purum und phosphoricum in reiner Schwefelsäure farblos sein. Bei seinen in dieser Richtung angestellten Nachprüfungen fand Verf.: 1) Die Lösung des Codeins in reiner Schwefelsäure ist vollständig durchsichtig, aber nicht farblos, sondern violett mit purpurfarbener Schattirung. 2) Diese Farbe tritt beim Erwärmen der Lösung viel deutlicher hervor. 3) Beim langdauernden Erwärmen der Lösung des Codeins in reiner Schwefelsäure geht diese Farbe in dunkeloliven-grün über. Was das Morphium anbetrifft, so giebt das schwefelsaure Präparat desselben in reiner Schwefelsäure fast dieselben Farbenreactionen, wie das Codein,

W. Kaschkadamow: «Beitrag zur Kenntniss der chemischen Veränderungen im thätigen Muskel». (Nr. 1).

Vorläufige Mittheilung.

W. Tile: «Ueber die Luxation der Peronei-Sehnen». (Nr. 1).

Ein Fall, in dem die luxirten Sehnen, nach Vertiefung des Malleolus mit dem Meissel, auf operativem Wege reponirt wurden, wodurch dauernde Heilung erzielt wurde (nach der Operation sind schon 6 Jahre verflossen).

W. Tonkow: «Ueber die die Nerven und Ganglien des Menschen ernährenden Gefässe». (Nr. 1).

Vorläufige Mittheilung.

K. Schultz: «Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Prostatitis». (Nr. 2).

Bei den ersten Symptomen der beginnenden Eiteransammlung in der Prostata macht Verf. den Dammschnitt und zwar in der Weise, wie bei der Sectio perinealis mediana, den er der Sectio lateralis und dem Querschnitt nach Dittel mit Ablösung der vorderen Mastdarmwand vorzieht, um dem Eiter freien Abfluss zu gewähren. Das Abwarten der spontanen Entleerung des Abscesses nach der Urethra, oder bis vom Mastdarm aus Fluctuation in der Prostata oder in ihrer Umgebung nachweisbar ist, betrachtet Verf. als sehr unzweckmässig, da zu dieser Zeit der Eiter in der Drüse selbst und in ihrer Umgebung schon viele Zerstörungen angerichtet hat ausserdem aber werden die Pat. durch die Schüttelfröste, die heftigen Schmerzen und Dysurie sehr abgeschwächt. Verf. beobachtete 7 Fälle eitriger acuter Prostatitis, von denen er 5 Patienten den Dammschnitt mit sehr gutem Erfolge gemacht hat. Nur bei einem von diesen Patienten konnte die eitrige Prostatitis in ätiologischen Zusammenhang mit Gonorrhoe gebracht werden, letztere ist also bei der Entwickelung der Krankheit nur von geringer ursächlicher Bedeutung.

W. Semidalow: «Zur Frage über die Akinesia algera» (Nr. 2 und 3).

Unter dem Namen «akinesia algera» hat Möbius im Jahre 1891 ein Krankheitsbild beschrieben, das vorzugsweise durch die heftigen Schmerzen charakterisirt ist, welche die Patienten bei jeder, auch der geringsten, Bewegung empfinden. Sie verhalten sich deshalb vollkommen unbeweglich und können dem äusseren Aussehen nach mit Paralysirten verglichen werden. Die Krankheit entwickelt sich bei Personen mit neuro- oder psychopathischer Heredität. Nach einer geistigen Ueberanstrengung entwickelt sich zuerst eine Nervenschwäche, darauf eine krankhafte Ermüdung, die bald in heftige Schmerzen bei jeder Bewegung übergeht. Im weiteren Verlauf der Krankheit treten die Schmerzen auch bei der Ruhe und in denjenigen Körpertheilen auf, die der Bewegung am wenigsten ausgesetzt waren, bis endlich vollständige Unbeweglichkeit eintritt. Gleichzeitig damit entwickeln sich auch Symptome seitens der psychischen Sphäre: Depressionszustände, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit zur geistigen Arbeit, Kopfschmerzen. Für all' diese Symptome fand Möbius keine pathologisch-anatomische Erklärung. Symptome der Hysterie fehlten in beiden von ihm beobachteten Fällen vollständig; er betrachtet die Krankheit deshalb als eine functionelle, psychische Affection, als eine Art Paranoia, und die Schmerzen bei derselben als hallucinatorische Erscheinung. Aehnliche Fälle wurden darauf sowohl von Möbius, als von mehreren anderen Autoren beschrieben. Die Prognose ist eine schlechte: fast alle Patienten starben oder die Krankheit dauerte fort. Jede eingreifendere Therapie verschlimmert den Zustand der Patienten. Der von Semidalow beobachtete Fall unterscheidet sich von den bis jetzt beschriebenen durch seinen kurzdauernden Verlauf und Ausgang in Heilung.

M. Kreps: «Zwei Fälle von Cystoskopie». (Nr. 2).

Privatdocent S. Cholmogorow: «Vagino-et vesicofixatio uteri bei Senkung, Retroversio und Retroflexio desselben». (Nr. 2).

Von den 2 operativen Behandlungsmethoden der Lageveränderungen der Gebärmutter — der Ventro- und Vaginofixatio — muss die letztere, als weniger gefährliche, vorgezogen werden. Die Vaginofixatio mit ihren Modificationen — der Vesicofixatio und Verkürzung der Ligamenta rotunda durch das eröffnete vordere Scheidengewölbe — ist, ihrer Ungefährlichkeit und Resultaten nach, eine grosse Errungenschaft der Gynäkologie.

J. Lwow: «Kaiserschnitt bei absolut zu engem Becken mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind». (Nr. 2).

33-jährige, stark abgemagerte, Zweitgebärende. Erste Geburt, vor 2 Jahren, wurde durch Kraniotomie mit nachfolgender Extraction des perforirten Kopfes mittelst des Kranioklasten beendet. Typische Hühnerbrust; Wirbelsäule im Lendentheil nach innen und rechts, im Brusttheil nach aussen gekrümmt; Unterschenkelknochen säbelförmig. Beckendurchmesser: D. tr. — 27; D. Cr. — 26; D. Sp. — 23; Conjugata externa — 13; Conjugata diagonalis — 7,5 Ctm.; Promontorium des Kreuzbeins stark in das kleine Becken vorspringend; die rechte Beckenhälfte kleiner, als die linke. Schiefe Beckenendlage der mittelgrossen Frucht mit den Hinterbacken nach rechts und unten. Bei diesem absolut verengtem Becken mit einer Conjugata vera von weniger als 5 Ctm. wurde der Kaiserschnitt vorgeschlagen und glücklich ausgeführt. Am 24. Tage war die Frau vollständig gesund; das Kind wog bei der Geburt 3,200 G., beim Verlassen der Anstalt 3,680 G.

P r o f. A. L e b e d e w: «Die Gonorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane und ihr Einfluss auf die Function dieser Organe und auf den Allgemeinzustand der Kranken». (Nr. 6).

P. P e t e r m a n n: «Zur Diagnostik des Abdominaltyphus mittels des Blutserums nach der Widal'schen Methode». (Nr. 3).

Die Widal'sche Methode ist, als diagnostisches Hilfsmittel, von hoher praktischer Bedeutung und wird, wahrscheinlich, ihrer Einfachheit wegen, eine grosse Verbreitung finden. Nun machte aber Verf. die Beobachtung, dass in vielen Fällen das Blutserum von Personen, welche Abdominaltyphus schon längst überstanden haben, die Fähigkeit, die Typhusbacillen zusammenzukleben für lange Zeit behält. Von mehreren ähnlichen beschreibt er 2 besonders ausgesprochene Fälle in denen das Serum noch 11 resp. 16 Jahre nach sicher überstandenem Abdominaltyphus diese Fähigkeit zeigte.

N. D r a n i z i n: «Eine einfache Prothese bei Amputation der Unterschenkel im unteren Theile». (Nr. 3).

S. S u r o w z o w: «Zur Casuistik der Schwangerschaft und der Geburt bei Missbildungen der Geschlechtsorgane». (Uterus bilocularis duplex. Vagina septa. Hymen imperforatus). (Nr. 3).

In dem vom Verf. in der Klinik von Prof. Slawjansky beobachteten Falle wurde die Scheidewand in der Vagina vom vorliegenden Kindskopfe zerrissen, so dass ein operativer Eingriff sich als überflüssig erwies.

S. T i m a s c h e w: «Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie in der Klinik für Kinderkrankheiten an der Universität Tomsk im 189⁵/₆ Unterrichtsjahre». (Nr. 5).

Verf. theilt alle von ihm beobachteten Fälle, bei denen die Diagnose durch die mikroscopische und bacteriologische Untersuchung sichergestellt wurde, in 2 Gruppen ein. In die I. Gruppe gehören die Fälle mit Affection der Mandeln, des Rachens und Nasenrachenraumes, in die II. — Diphtherie des Larynx und der Trachea. Jedem Kinde bis zu einem Jahre wurden 100 Einheiten pro Lebensmonat, älteren 1000 Einheiten auf ein Mal injicirt. War die Temp. 24 Stunden nach der ersten Injection über 38°, oder die Membranen grösser, so wurde die Injection wiederholt.

I. G r u p p e.

A l t e r.	Zahl der Kranken.	Zahl der Sterbefälle.	Mortalitäts-pCt.
Bis zu 1 Jahre	3	1	33,33
Von 1—5 »	15	3	20
Von 5—10 »	18	3	16,66
Von 10—15 »	11	1	9,09
Aelter als 15 »	8	1	12,5
S u m m a ...	55	9	16,36

II. G r u p p e.

A l t e r.	Zahl der Kranken.	Zahl der Sterbefälle.	Mortalitäts-pCt.
Bis zu 1 Jahre	4	3	75
Von 1—5 »	8	5	62,5
S u m m a ...	12	8	66,6

J. W i c h o d z e w: «Die Borshom'sche Katharinenquelle bei der Behandlung einiger Leberkrankheiten». (Nr. 5).

Im Laufe seiner 14-jährigen ärztlichen Thätigkeit in Borshom wurden vom Verf. 248 Leberkranke behandelt, darunter meistens Leberhyperämie, chronische Entzündung der Gallengänge und Gallensteine. Die Ergebnisse seiner Beobachtungen fasst Verf. folgendermassen zusammen: 1) Im Beginn der Trinkkur zeigt das kranke Organ etwa eine Woche lang eine gesteigerte Empfindlichkeit. 2) Gegen das Ende der zweiten Woche nehmen die katarrhalischen Erscheinungen, die Empfindlichkeit der Leber und icterische Verfärbung der Haut und der Schleimhäute merklich ab. 3) In der dritten Woche werden die Gallenpigmente im Harn spärlicher. Der die Leberkrankheiten begleitende Magendarmkatarrh schwindet fast vollständig; die Patienten bekommen Appetit und fühlen sich sehr gut. Die vergrösserte Leber wird etwas kleiner und weicher. Zu dieser Zeit treten gewöhnlich Anfälle von Leberkoliken auf, die aber kürzer und leichter sind, als vor der Behandlung. 4) Die lange, über ein Jahr, dauernde Beobachtung der Pat. zeigt, dass die Anfälle immer seltener und leichter werden.

A. O r l o w: «Eine ringförmige Stenose der Vagina in ihrem unteren Drittel nach der Geburt». (Nr. 5 und 7).

Die Stenose befand sich 3½ Ctm. hinter dem Introitus vaginae, war ringförmig und liess nur die Nagelphalange des kleinen Fingers durch. Sie entwickelte sich nach einer bei der Geburt entstandenen Necrose der Vaginalschleimhaut an der betreffenden Stelle. Da die Beckendurchmesser normal waren, so muss die Ursache dieser Necrose, wahrscheinlich, Rigidität der Weichtheile gewesen sein, auf die der Kindskopf einen starken Druck ausübte.

N. G e o r g i e w s k y: «Warme Compressen aus Soda bei Phlegmonen». (Nr. 6).

Die Wirkung solcher Compressen bei circumscripter (Panaritium) und diffuser Phlegmone sei eine ausgezeichnete. Die 2% Sodalösung muss aber dabei einen unmittelbaren freien Zutritt zu den entzündeten Geweben haben; bei Eiterungen im Unterhautzellgewebe muss daher die darüberliegende Haut zuerst aufgeschnitten werden und der Eiter möglichst vollständig ausgedrückt werden. Die Sodacompresse wirkt dann wie ein antiseptischer Verband.

J. S t r s h e m i n s k y: «Ein Fall pseudomembranöser Conjunctivitis hervorgerufen durch die L ö f f l e r'schen Bacillen und durch Injection des B e h r i n g'schen Serums geheilt». (Nr. 6).

A. S a c h e r.

Westnik Oftalmologii. Juli—December 1896.

E. A. N i e s n a m o w: «Ueber Filtration und Secretion des Kammerwassers».

Aus Professor L e b e r's Laboratorium zu Heidelberg. Deutsch auch in G r a e f e's Archiv. Band 42. Abtheilung 4.

W. P. I w a n o w: «Zur Operation des Narbenentropiums der Lider».

Verstanden ist darunter das nach Trachom auftretende Entropium. Er empfiehlt folgendes Verfahren: 1) Canthoplastik. 2) J ä g e r'sche Platte über die Augenbraue hinweg fixirt und das obere Lid auf der Platte ectropionirt. Alsdann Schnitt durch Conjunctiva palpebrae und Tarsus bis auf die fascia tarsi. Er lässt wenn möglich auch noch oberflächliche Knorpelreste undurchschnitten. Der Schnitt liegt 1½ bis 2½ Millimeter vom Lidrande ab. Der abgetrennte Lidsaum muss sich frei und beweglich nach oben klappen lassen. Jetzt das Lid zurückgeklappt und von vorn her einen Hautmuskellappen bis auf die fascia herausgeschnitten. Der Lappen ist an einer höheren Stelle, d. h. weiter ab vom Lidrande zu nehmen, als der Einschnitt auf den Knorpel. Jedenfalls soll der Knorpelrand freigelegt sein. Schliesslich Naht durch den oberen Rand des Haut-Muskellappens, dann durch den Knorpel und die fascia tarsi am oberen Rande des Knorpels, den Faden herausgeführt, und ausgestochen zwischen Haut-Muskel und abgeschnittenen Tarsusrand zwischen die Cilien hin. Zieht man den Faden zusammen, so muss der bewegliche Lidsaum mit den Cilien nach oben abgedreht werden. Drei bis 6 Ligaturen sind erforderlich.

P. N. B a r a b a s c h e w: «Zur Casuistik der angeborenen Hornhauttrübungen».

Bereits der Hebamme war die Trübung aufgefallen. B. sah das Kind 12 Stunden nach der Geburt. Beide Hornhäute glanzlos und wie zerstochen aussehend. Rechts über dem Pupillargebiet eine ovale Trübung von 5 und 3 Millimeter Durchmesser. Links ein trübes Segment über dem Pupillargebiet an der Basis etwa 4 Millimeter breit. Grösse wie Formation der Augen normal. Kind sonst normal entwickelt. Am 12-ten Tage nach der Geburt begann gegen die Trübung hin, vom Limbus Corneae her, eine tiefe Vascularisation, welche stetig zunahm und dann nach vier Wochen zurückging bei gleichzeitiger guter Aufhellung der Trübungen. Die Eltern des Kindes nicht luetisch. Der Vater der Mutter hatte an

Lues gelitten und war einem Hirnleiden im Alter von 25 Jahren erlegen.

A. W. Iwanowsky: «I. Acht Fälle von Pustula maligna auf den Lidern».

Sieben Patienten waren Arbeiter auf den Schaaffell-Gerbeseien (Gouvernement Wjatka), einer sortirte rohe Häute. Drei rtarben. Die Behandlung bestand in Injectionen von 3% wässeriger Carbolsäurelösung, Auskratzen der Pustel und Beizung mit räuchender Salpetersäure. Dazwischen wurden auch Einreibungen mit grauer Salbe versucht.

II. Zur Casuistik der Verletzungen der Sehnerven.

Fall 1. Sturz aus der Höhe mit dem Kopfe voran. Blutung aus Ohr und Nase, Unbesinnlichkeit, Erbrechen, Kopfschmerz. Gehör und Sehvermögen gingen unmittelbar nach dem Unfall verloren. Nach 4 Wochen absolute Sehnervenatrophie.

Fall 2. Verletzung durch einen aus beträchtlicher Höhe herabstürzenden Ast. Ein Zweig desselben fuhr von aussen-oben durch das obere Lid des rechten Auges in die Augenhöhle hinter den Augapfel. Am frei hervorragenden Ende entfernte der Verletzte sich selber den eingedrungenen Zweig. Er bemerkte sofort die Erblindung des Auges. Nach kurzem Aufenthalte im Hospitale wird Patient mit blindem Auge entlassen. Augenspiegelbefund ist nicht angegeben. Nach 1½ Jahren stellt er sich wiederum vor. Vom äusseren Augenwinkel her wird in der Tiefe der Augenhöhle ein Fremdkörper gefühlt. Sehnerv absolut atrophisch. Durch Schnitt wird aus der Augenhöhle ein Espenholzsplitter entfernt: 2½ ctm. lang und 1½ ctm. breit, zwischen 2 und 4 Mm. dick. Der Splitter lag in der Richtung zum foramen opticum hin.

III. 70 Kataraktoperationen im Landschaftshospital zu Slobodsk. 2 Vereiterungen. Mit Iridectomie operirt.

W. Belilowsky: «Sozojodolpräparate und deren Verwendung in der Augenpraxis».

B. rühmt das Mittel überaus und will gute Resultate gesehen haben: bei Conjunctivitis gonorrhoica mit 4—6% Natron-Sozojodol Lösung. Bei chronischen Catarrhen der Augenschleimhaut 4-6% Zincum-Sozojodol. Bei phlyctaenulären Entzündungen zuerst Atropin und Cocain, dann 2—4—6% Zink oder 1—2% Hydrarg-Sozojod. Lösungen. Conjunctivalpusteln betupft er mit 10% Hydrarg-Sozojod. Lösung. Bei Trachom cocainisirte er zunächst, rieb dann die Schleimhaut mit Watte bis zur Blutung, und puderte alsdann Zincum-Sozojodol darauf. Die heftigen Schmerzen mit Cocain bekämpft. Der membranöse Belag, welcher sich bildet, wird nach zwei Tagen entfernt. Nach 4 Tagen Wiederholung der Procedur. In 3 Wochen soll der Fall ausgeheilt sein. Bei grossen Körnern schneidet er dieselben aber doch lieber vorher ab!

Bei Hornhautgeschwüren ½% Hydrarg-Sozojod. zur Ausreinigung des Conjunctivalsackes wie des Geschwürs während der progressiven Periode; während der regressiven Periode 4—6—10% Zincum-Sozojod. in Vaseline und Massage. Zur Aufhaltung von Hornhauttrübungen 1—5% Zinc- oder Hg-Sozojod. in Vaseline nebst Massage.

Bei Dacryo cystoblennorrhoe 1—2% Zinc-Sozojod.

Weniger zufriedenstellend sind die Erfolge subconjunctivaler Injectionen bei Keratitis parenchymatosa und Hypopionkeratitis. Er gab ½ Spritze 1:2000 und 1:1000 Hydrg-Sozojod.

J. Nikoljukin: «Aus der augenärztlichen Landpraxis».

Der Bezirk umfasste den Süd-östlichen Theil des Woronesch'schen Gouvernements wie den nordwestlichen Theil des Gebietes der Donischen Kosaken. Hier war nie vorher ein Augenarzt thätig gewesen. Der Bericht umfasst 1888—1895 incl. 3000 bis 4500 Augenkranke pro Jahr. In den Hungerjahren 1892 und 1893 in ganzen Schaaren Haemeralopie und zahlreiche Fälle von Keratomalacia ex inanitione. 229 Iridectomien. 8 Iridotomien. 769 Cataractoperationen. 25 Tenotomien. 14 Enucleationen. 1 Fall von Echinococcus in der Orbita; Probepunction; Schnitt durch das untere Lid auf die Blase, Ausräumung, Drainage, normale Heilung V=4/10. Trachom beträgt 8—10% aller Augenkranken. N. quetscht die Trachomkörner aus und frottirt hinterher mit Watte in 1:1000 Sublimat getränkt. Nachbehandlung Argentum und Cuprum. Syphilitische Augenerkrankungen giebt es 5—6%. Glaucom ist häufig und überwiegt bei Frauen. N. giebt folgende Erblindungsstatistik: Es erblinden wegen Trachom 23%; an Lues 21%; an Glaucom 14%; in Folge von Blenorrhoe 11%; aus anderen Gründen 31%. Subconjunctivale Sublimatinjectionen (1:1000) waren von Nutzen bei kleinen Hornhautgeschwüren mit oder ohne Hypopion und bei frischen Iritiden.

F. Werter: «Zwei Fälle von Sarcom der Iris».

Makroscopische wie mikroskopische anatomische Beschreibung nebst einer Zeichnung.

R. Katz: «Ueber den Einfluss des Lebensalters auf die Sehschärfe».

Vollständig reine brechende Medien, E, M nicht über —5D, H nicht über 3D. Summa 513 Individuen. Vom 10-ten bis 70-ten Lebensjahre fällt die Sehschärfe sehr allmählich bis auf 0,77 des Durchschnittes.

W. Rudin: «Die Cocainisirung der Regenbogenhaut».

Er spritzt 6% Cocainlösung unter die Conjunctiva Bulbi.

G. Epinatjew: «Eine seltene angeborene Anomalie»

Ein 39 a. n. Dragoner zeigte: Augapfel beiderseits vergrössert: Hornhäute kugelig vorgewölbt, im horizontalen Durchmesser 14 Mm., im verticalen 13 Mm. Beiderseits ca. 2 Mm. breiter Greisenbogen. Pupillen von ovaler Form. Es besteht Iriszittern. Das Sehvermögen beiderseits = l. E. Am fundus keinerlei Veränderungen. Physiologische Excavation. Die Schwester soll ebensolche Augen haben. Patient hat nie über seine Augen zu klagen gehabt. Luetiker.

N. Kirilow: «Bericht über seine private Augenheilanstalt zu Stawropol im Kaukasus».

In 2 Jahren 2502 Kranke — Ambulanz und Station. Trachom beträgt 36,6% des ganzen Materials. Linsenerkrankungen 9,4%. Extractionen 92; stets Iridectomie, und meist die präparatorische Iridectomie vorausgeschickt. Zwei Vereiterungen. Iridectomien 43. Snellen's Operation bei Entropium und Trichiasis 115 Mal.

G—n.

Eshenedelnik 41—52 1866; 1—5 1897.

A. Pjassetzky: «Ein Fall von Blasenmole». (Nr. 41).

Eine 27-jährige Frau litt nach Aussetzen der Regel während eines nicht bestimmbaren Zeitraumes an unregelmässigen Blutungen. In Nabelhöhe fühlte man einen teigig-elastischen Körper, der conisch sich verengend hinter der Symphysis verschwand, Kindstheile sind nicht zu fühlen, Herztöne nicht zu hören Es wurde eine Blasenmole angenommen und der Uterusinhalt mittelst eines unter den Geräthschaften der Kranken befindlichen Holzlöffels entfernt durch schabende Bewegungen, danach Ausspülung und Tamponade der Gebärmutterhöhle. Die entfernten Geschwulsttheile wogen 8 Pfd. Verf. war mit dem gleichsam improvisirten Instrument, zu dessen Anwendung er durch die Verhältnisse gezwungen war, sehr zufrieden und warnt vor dem Eingehen mit der Hand zwecks Ausräumung der Uterushöhle, sowie vor der Curette, die die morsche Gebärmutterwand leicht perforiren kann. Nach Ansicht des Verf. muss jedes geburtshilfliche Besteck einen metallischen, nickelirten, halbbirnförmigen, circa 20 Ctm. langen Löffel enthalten, der häufig auch zur Entfernung zurückgebliebener Placentarreste dienen kann, wenn der Muttermund das Einführen der Hand nicht gestattet. Verf. bespricht des Näheren die diagnostischen Merkmale und Symptome der Mola hydatitosa.

O. Hagen-Thorn: «Zur Casuistik der diffusen Infection durch den Cysticerkus». (42).

Ein 42-jähriger Arbeiter litt an anfallsweise auftretendem Bewusstseinsverlust, Schwindel und Durchfall, dazwischen mit Temperaturerhöhung. Bei der Section fand man unter der dura mater eine zahllose Menge Cysticerkusbläschen, theils längst dem Verlauf der Gefässe, theils in der grauen Substanz gelegen. An der Hirnbasis fanden sich gleichfalls ungefähr 40 derartiger Bläschen. Der gleiche Befund zeigte sich, wenn auch in geringerer Zahl, in der linken Lunge, dem Zwerchfell, den Brustmuskeln, dem Herzfleisch, den Nieren und der Milz. Trotz der diffusen Verbreitung der Blasen waren die klinischen Symptome verhältnismässig gering.

O. Resnikow: «Franzensbad» (Nr. 43 und 44).

Eine klinische Studie über Franzensbad.

P. Kedrow: «Ueber die Anwendung des Hydrargyrum bicyan. bei Anthrax». (Nr. 45).

Einem 43 Mann, der am rechten Unterarm eine Pustula maligna hatte, wurde am 7. Tage nach stattgehabter Infection eine subcutane Injection von Hydr. bicyan 1% Lösung mit Cocain. salycil. gemacht, in den folgenden Tagen wurden noch 2 volle und 3 halbe Spritzen injecirt. Nach 8-tägiger Behandlung wurde Pat. als genesen entlassen. Ein zweiter Fall wurde in gleicher Weise mit bestem Erfolge behandelt.

K. Kalinowsky: «Haematocele retrouterina intraperitonealis post graviditatem tubariam und deren Behandlung». (Nr. 46).

Eine 30-jährige III para zeigte im dritten Schwangerschaftsmonat die Symptome einer inneren Blutung, die sich noch zwei Mal in Nachschüben wiederholte. K. constatirte einen vergrösserten Uterus und einen prallelastischen Tumor im hinteren Scheidengewölbe. Der Fall heilte unter symptomatischer Behandlung.

T. Bogomolow und N. Wassiljew: «Ueber die quantitative Bestimmung des Peptons im Urin». (Nr. 47).

Verf. konnten bei Befolgung der Vorschrift Devoto's nicht die für Pepton charakteristische Biuretreaction nachweisen. Sie proponiren als Reagens die Trichloressigsäure, welche die Eiweisskörper niederschlägt, ohne Pepton zu zerstören, letzteres bleibt in wässriger Lösung als Filterrückstand, während die übrigen Eiweisskörper, mit concentrirter Trichloressigsaurelösung versetzt, in Lösung übergehen. Fügt man zum Peptonrückstand Kupfersulfat hinzu, so erhält man die typische Biuretreaction.

J. Stein: «Die Behandlung des chronischen Trippers mit Injectionen von Arg. nitr. mit Lanolin. (Methode von Tommasoli)». (Nr. 48).

S. hat 32 Pat. mit Lapisinjectionen behandelt; anfänglich Arg. nitr. in 1% Lösung (Arg. nitr. 0,1; Ol. Oliv. 2,0; Lanolin 8,0) dann allmählich steigernd bis zu 2,5%.

Die Injectionen sind nicht schmerzhaft, die Wirkung des in dieser Verbindung applicirten Arzneistoffes ist anhaltender. In 20 Fällen sistirten alle bis dahin bestehenden Symptome. in 10 Fällen trat Besserung ein.

A. Rosenbaum: «Akroparaesthesie, Erythromelalgie. symmetrische Gangrän, Sclerodermie, ins Besondere die Sclerodactylie, Akromegalie, Malum perforans, Syringomyelie, Gliosis sive Gliomatosis, Panaritium analgicum». (Nr. 49).

Alle die eben genannten Krankheitsformen sind der Ausdruck einer tiefen Ernährungsstörung auf Grund nervöser Einflüsse, speciell trophischen und vasomotorischen Charakters. Verf. beschreibt einen Fall von symmetrischer Gangrän der oberen Extremitäten: hochgradige Schmerzhaftigkeit und Cyanose der oberen Extremitäten, Auftreibung der Finger, Geschwürsbildung, herabgesetzte Sensibilität. Zwei ähnliche Fälle waren im Anschluss an die Abtragung der befallenen gangränösen Theile an Septico-Pyämie gestorben. Der beschriebene Fall steht noch unter Beobachtung. Ueber die übrigen oben angegebenen Trophoneurosen giebt Verf. eine auf Grund Beschreibungen anderer Autoren basirende Uebersicht.

G. Herzenstein: «Ueber die Besichtigung der Wehrpflichtigen als eine Maassregel zum Kampf gegen die Syphilis». (Nr. 50).

Die zum Militärdienst Einberufenen sollen auf eine event. syphilitische Infection untersucht werden.

G. Herzenstein: «Der erste russische Congress zwecks Vorlage von Massregeln gegen die Verbreitung der Syphilis und venerischer Krankheiten in Russland». (Nr. 1 und 2).

Nach officiellen statistischen Berichten kamen im Jahre 1879 auf 10,000 Einwohner 32.5 venerisch Kranke, von Jahr zu Jahr nahm die Zahl zu, so dass sich im Jahr 1893 das Verhältniss derart gestaltete, dass auf 10,000 Einwohner 83,2 venerisch Kranke kamen.

B. Nemirowsky: «Ueber die Pathologie und Therapie des Pruritus vulvae». (Nr. 4).

Verf. spricht von einem essentiellen und einem symptomatischen Pruritus. Einem zur ersten Kategorie gehörigen Fall schaffte Verf. durch Faradisation bedeutende Besserung.

Lingen.

Obosrenije pschiatrii, newrologii i ekspermentalnoi psicholog. Nr. 9—12, September—Dec. 1896.

Wosskressenski: «Ueber die Hautsensibilität gesunder und an progressiver Paralyse der Irren leidender Personen». (Nr. 9).

Untersuchungen mit dem Kulbin'schen Mechanoaesthesiometer an 7 Gesunden und an 7 Paralytikern. Die Resultate lauten: A) Bei den Gesunden: 1) Ein und dieselben Orte der Hautoberfläche zeigen individuelle Schwankungen der mechanischen Empfindlichkeit, welche an einigen Stellen Differenzen bis zu 1/3 mm. erreichen. 2) Die Amplitude dieser Schwankungen ist merklich länger für das Schmerzgefühl, als für das Berührungsgefühl. 3) Stellen, an denen unmittelbar unter der Haut Knochen sich befinden, sind empfindlicher für Berührung und Schmerz, als Körperstellen, welche über Hohlräumen oder über einer dicken Muskelschicht liegen. B) Bei den Paralytikern: In zwei Fällen ist die tactile und die Schmerzempfindung auf der ganzen Körperoberfläche herabgesetzt, besonders stark an den unteren Extremitäten. Im 3 Falle sind beide Sensibilitätsqualitäten nur im Gesichte und an den Beinen herabgesetzt, an den Armen und am Rumpfe normal. Im 4-ten Falle übertrifft die Herabsetzung der Berührungsempfindung diejenige der Schmerzempfindung. Im 5-ten Falle ist die Sensibilitätsstörung ungleichmässig vertheilt: Stellen mit hoher Empfindlichkeit (höher als die Minimalziffern bei Gesunden oder im Niveau derselben), wie Stirn. Jochbeingegend. Handwurzel, volare Oberflächen der Unterarme, Fussrücken, finden sich neben Stellen mit starker Abschwächung der Empfindlichkeit, wie Oberschenkel, Hinterfläche des Unterschenkels, Deltoidengegend; gleichzeitig ist die Sensibilität an den übrigen Stellen der Körperoberfläche nicht verändert. — Die elektrokutane Sensibilität ist sehr herabgesetzt an den Beinen des 3-ten Patienten, die thermische abgeschwächt am Rumpf und an den Extremitäten der beiden ersten Kranken.

Bechterew: «Automatismus als eine der Erscheinungsformen von Hirnsyphilis». (Nr. 9).

Klinische Besprechung eines Falles von Hirnlues, welche sich nur in kurzdauernden Anfällen von Bewusstseinstrübung äusserte; letztere schwanden unter specifischer Therapie vollständig.

Ssmirnow: «Einige Beobachtungen über den Bau der Spinalganglien». (Nr. 9).

Vergleichend anatomische Untersuchungen an geschlechtsreifen Wirbelthieren über obige Frage.

Würnbow: «Ueber die Bedeutung der hinteren Commissur für das Reflexspiel der Pupille». (Nr. 9).

Die Ergebnisse der an Kaninchen ausgeführten Versuche lauten: 1) Die totale Durchschneidung der hinteren Commissur, sowohl ihres dorsalen, als ihres ventralen Abschnittes, hebt das Pupillenspiel nicht auf, sondern schwächt es nur ab. 2) Wird nur der dorsale Theil durchschnitten, so wird das Pupillenspiel nicht einmal abgeschwächt. 3) Die unmittelbare Betheiligung des ganglion habenulae an der Leitung des Pupillenreflexes erscheint zweifelhaft. da trotz seiner Zerstörung durch Blutung das Pupillenspiel erhalten war.

Tschisch: «Experimentelle Untersuchung über die Aufmerksamkeit während des Schlafes». (Nr. 9).

Tjeljatnik: «Eine Modification der Färbung von Nervenzellen nach Nissl».

Das Verfahren, welches das Erwärmen der Schnitte in der Färbeflüssigkeit umgeht, soll viel einfacher, bequemer und zuverlässiger sein, als die Originalmethode, und dabei ebenso schöne Bilder geben.

Kraïnski: «Der gegenwärtige Stand der Frage über die progressive Muskelatrophie nach A. Cramer». (Nr. 9 und 10).

Cramer's Resumé lautet:

1) Es giebt Formen von Muskelatrophie, bei welchen mit Hülfe unserer gegenwärtigen Methoden keine Veränderungen im centralen und peripheren Nervensystem nachgewiesen werden können, ungeachtet des über Decennien sich hinziehenden Krankheitsverlaufes. Diese Muskelatrophien gleichen in ihrem klinischen Bilde meistens einer derjenigen Formen, welche Erb mit der allgemeinen Benennung Dystrophie bezeichnete.

2) Muskelatrophien, die sich bei nachweisbaren Spinalaffectionen entwickeln können, geben äusserst verschiedene klinische Bilder. Bei ein und denselben spinalen Erkrankungen kann sich der Symptomen-complex ebensowohl der Dystrophie wie auch der Muskelatrophie entwickeln. Sogar eine isolirte Affection der Vorderhornzellen kann derart verschiedengestaltige Krankheitsbilder bedingen. Dementsprechend kann bei Dystrophie eine spinale Störung beobachtet werden, gleichwie das periphere und centrale Nervensystem intact bleiben können.

3) Es existiren Uebergangsformen sowohl zwischen den Fällen ohne centrale und periphere Störungen und solchen mit spinalen Veränderungen, als auch zwischen den sogenannten spinalen Muskelatrophien und den Atrophien, welche bei anderen Erkrankungen des Rückenmarks beobachtet werden.

4) Die Veränderungen der Muskeln bei den Muskelatrophien mit nachgewiesenen Rückenmarksaffectionen und bei den Myopathien ohne solche sind im Allgemeinen und in der Mehrzahl der Fälle gleichartig und stellen für die einzelnen Fälle nichts Charakteristisches dar.

5) Die Pathogenese der Muskelatrophie ist noch wenig aufgeklärt, allein es erscheint wahrscheinlich, den Einfluss embryonaler Bedingungen, welche durch Vererbung übertragen werden können, als bedeutungsvolles Moment zuzugeben. Ob dieses im Keimleben beginnende Leiden das Nervensysteme oder die Muskulatur befällt, ist unmöglich zu entscheiden.

6) Es giebt Fälle von Muskelatrophie mit isolirter Erkrankung des peripheren Nervensystems, welche augenscheinlich sich durch einen bestimmten Typus charakterisiren (neurale Form Hoffmann's). Die in den Muskeln gefundenen Veränderungen unterscheiden sich nicht wesentlich von den beiden anderen Formen der Muskelatrophie.

7) Eine gewisse Aehnlichkeit mit dieser Form bieten die Fälle von Muskelatrophie bei Tabes.

8) Es giebt Muskelatrophien bedingt durch ein Cerebralleiden; in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um Heerderkrankungen im Gebiete der Centralwindungen. Diese Form der Muskelatrophie kann sich entwickeln ohne sichtbare Läsion der Pyramiden u. der Vorderhornzellen des Rückenmarks.

Bechterew: «Ueber das Hören der eigenen Gedanken». (Nr. 10).

Krankengeschichte eines Alkoholikers, der am sog. Gedankenlautwerden litt, namentlich auch am Voraushören resp. Vorsagen seiner Gedanken. In der Epikrise spricht sich B. dahin aus, dass das Klangbild der gedachten Worte dank der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit des Centralapparates bis zu einem solchen Grade sich verstärkt, dass es bei seiner Apperception die Intensität des objectiv ausgesprochenen Wortes erreicht.

Minor: «Zur Lehre von der Syringomyelie». (Nr. 10 u. 11).

Klinische und anatomische Untersuchung 2 einschlägiger Fälle, ein 2-wöchentliches und ein 12-jähriges Mädchen betreffend.

Lewtschatkin: «Die Bettbehandlung Geisteskranker als therapeutisches Hilfsmittel». (Nr. 10, 11, 12).

Ausführliche Berichterstattung über diese schon bis zum Ueberdrusse behandelte Frage aus der Kaiserlichen Irrenanstalt in Udelnaja. Ein Vorzug der Arbeit ist es wenigstens, dass auch die Schattenseiten und Contraindicationen dieser Methode offen eingestanden und besprochen werden.

Worotünski: «Dunkle Fragen im Gebiete der Pathologie des Centralnervensystems». (Nr. 10 u. 11).

Als solche werden abgehandelt: die Hemianopsie, die Sensibilitätsstörungen bei Affectionen der Grosshirnhemisphären, die Lehre von den Sehnenreflexen und speciell den Patellarreflexen.

Borischpolski: «Ueber den Zustand der Blutcirculation im Hirne beim Drehen von Thieren auf einer horizontalen Scheibe». (Nr. 10).

Vorläufige Mittheilung der Resultate seiner im Bechterewschen Laboratorium ausgeführten Experimente.

Derselbe: «Ueber die Veränderung der Erregbarkeit der Hirnrinde unter dem Einflusse der Drehung von Thieren auf einer horizontalen Scheibe». (Nr. 11)».

Versuche über diese weitere Einzelfrage des von B. zu bearbeitenden Themas: Ueber die Blutcirculation im Hirne während der epileptischen Anfälle.

Bechterew: «Ueber den suggestiven Einfluss der Gehörstäuschungen». (Nr. 11).

Weitere epikritische Bemerkungen zu dem in Nr. 10 besprochenen Falle von Gedankenlautwerden. B. zieht die Parallele mit der intensiven Wirkung der in der Hypnose gegebenen Suggestionen. Als eine der Ursachen für den gebieterischen Einfluss der Hallucinationen auf das Bewusstsein von Geisteskranken erscheint folgender Umstand. Die hallucinatorischen Bilder tauchen aus der unbewussten Sphäre auf und unterwerfen sich schon kraft dessen rasch das Bewusstsein u. den Willen, gleichwie suggerirte Ideen bei ihrem Auftreten im Bewusstsein, letzteres occupiren, ungeachtet dessen, dass sie mit der gesunden Logik und mit den Ueberzeugungen der gegebenen Person unvereinbar sind.

Krewer: «Ueber die pathologische Anatomie und Aetiologie der acuten aufsteigenden Spinalparalyse (Landry)». (Nr. 11 und 12).

4 Fälle aus dem weiblichen Obuchowhospitale, 3 davon mit Autopsie und nachfolgender mikroskopischer Untersuchung. K. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Landrysche Krankheit stellt nichts Anderes dar, als eine exacerbirte chronische Polyneuritis, welche per continuitatem auf das Rückenmark übergegangen ist. Längs des letzteren verbreitet sie sich rasch, meistentheils nach oben, bisweilen auch nach unten, und führt zum Tode infolge von Affection der lebenswichtigen Centren am Boden des vierten Ventrikels im verlängerten Mark.

2) Für den Ausbruch der Landry'schen Krankheit bei einer Polyneuritis ist in der Mehrzahl der Fälle das Eingreifen eines secundären Agens in Form irgend einer Infectionskrankheit erforderlich. Aus diesem Grunde tritt die Landry'sche Krankheit meistens als complicirende oder begleitende Krankheit bei acuten Erkrankungen auf.

3) Im klinischen Bilde der Landry'schen Krankheit ist hauptsächlich die Progression der Lähmungen charakteristisch, nicht die Richtung bei ihrer Ausbreitung.

4) In pathologisch-anatomischer Hinsicht kann man die Landry'sche Krankheit charakterisiren als Polyneuritis degenerativa parenchymatosa subacuta et Myelitis degenerativa parenchymatosa acuta diffusa.

Muratow: »Die nächsten Aufgaben der Klinik der Nervenkrankheiten des Kindesalters. (Nr. 11 und 12).

Die Thesen lauten:

1) Das Studium der infantilen Nervenkrankheiten kann die Entstehung vieler Nervenleiden beim Erwachsenen aufklären.

2) Allernächste Aufgabe der Nervenpädiatrie ist das Studium der einzelnen Krankheitsformen und die Feststellung klinischer Typen; die gegenwärtigen Schilderungen sind nicht immer befriedigend.

3) Zuvörderst ist auf das Studium der acuten Krankheiten des Hirns und Rückenmarks mit ihren klinischen Ausgangstypen hinzuweisen.

5) Sehr grosse praktische Wichtigkeit bieten die Neuritiden bei Kindern und deren Differentialdiagnose von Krankheiten des Centralnervensystems.

5) Für den Kampf mit den functionellen Nervenstörungen bei Kindern hat die grösste Bedeutung die frühe Diagnose der Nervosität des Kindes, seiner Charakterverhältnisse, und überhaupt seiner persönlichen Eigenthümlichkeiten. Deshalb ist die Betheiligung speciell vorbereiteter Aerzte an der Erziehungsfrage besonders wichtig.

6) Ein erfolgreiches Studium der Nervenkrankheiten des Kindesalters ist nur möglich bei vereinten Anstrengungen der Pädiater u. Neuropathologen.

Mark: «Ein Fall von spastischem Torticollis. (Nr. 11).

Anamnestische und epikritische Bemerkungen zu dem von Weiss in der «Therapeutischen Wochenschrift», 1895 Nr. 21 beschriebenen Falle.

Bechterew: «Erröthen des Gesichts als eine besondere Krankheitsform». (Nr. 12).

Zwei Fälle von pathologischer Furcht, welche sich nur im Erröthen manifestirte. Zur Pathogenese dieser Erscheinung weist B. auf die von ihm schon 1886 nachgewiesenen corticalen vasodilatatorischen Centren hin.

Kalinin: «Aus den Beobachtungen über die Behandlung von Tabeskranken nach der Fränkel'schen Methode». (Nr. 12).

Gestützt auf 5 derart behandelte Fälle behauptet K. Folgendes:

1) Die Fränkel'sche Methode bessert bei sonst gutem Allgemeinzustande in merklicher Weise den Gang.

2) Das Lage- und Bewegungsgefühl und die Hautsensibilität ändern sich nicht, jedoch das Romberg'sche Symptom wird weniger ausgeprägt.

3) Die Dauer der Behandlung hängt ab vom Grade der Ataxie, soll jedoch jedenfalls nicht weniger als einen Monat betragen.

4) Eine Unterbrechung der Cur durch 2—3-wöchentliche Pausen schadet nicht.

5) Vorsicht ist geboten, da die Uebungen mitunter die lancenirenden Schmerzen in den Beinen verstärken.

Michelsen.

Shurnal russkago obschtestwa ochranenija narodnago sdrawija. Nr. 10—12 Incl. 1896.

P. Lewin: «Die Kuhbutter». (Nr. 10).

Als Material zum vorliegenden Berichte dienten dem Verf. die Analysen und Untersuchungen der Butter, welche vom St. Petersburger Stadtlaboratorium in den Jahren 1894—1895 ausgeführt wurden. Im Ganzen wurden 144 Butterproben untersucht, von denen 53 d. h. 36,81% als schlechte bezeichnet werden mussten, am häufigsten in Folge ihrer Ranzigkeit.

A. Michailow: «Ueber die Untersuchung der Hefe». (Nr. 10).

A. Michailow: «Der Thee». (Nr. 11).

Die Untersuchung von 27 dem St. Petersburger Stadtlaboratorium zugeschickten Theeproben ergab folgende Resultate:

17	Proben:	Echter chinesischer Thee.
2	»	Schmalblätteriger Weiderich (Epilobium angustifolium).
4	»	Echter Thee mit Zusatz kaukasischer Strickbeerenblätter (Vaccinium arctostaphylos).
1	»	Ceylon'scher Thee.
1	»	Kaukasische Strickbeerenblätter.
1	»	Ein Gemisch aus abgesottenem Thee und Nesselblättern.
1	»	Ein Gemisch aus getrockneten Apfelstückchen, Nesselblättern und echtem Thee.

G. Wlawjew: «Zur Frage über die Anwendung des Phenols und seine Nebenwirkungen. (Nr. 11).

Es sind in der letzten Zeit viele Mittheilungen über die ungünstige Wirkung des carbolisirten antidiphtheritischen Heilserums gemacht worden. Die Untersuchungen des Verf. haben ergeben, dass die Löffler'schen Bacillen auf dem carbolisirtem Heilserum sich gut entwickeln können. Mikroben aber werden weder im carbolisirten, noch im carbol freien Heilserum nachgewiesen. Verf. hält daher den Zusatz des Carbols zum Heilserum für überflüssig und schädlich.

O. Zabel: «Die Pocken in St. Petersburg in den Jahren 1891—1896». (Nr. 11).

Im letzten Quinquennium hatten die Pocken in Petersburg keinen epidemischen Character; sie wurden in allen Stadttheilen mehr in sporadischer Form beobachtet und wurden zuweilen, wahrscheinlich, durch einzelne Krankheitsherde unterhalten. Die periodischen Vermehrungen der Erkrankungsfälle lassen sich durch Eintragungen der Infection aus anderen Gouvernements und Anhäufung in der Stadt vieler nichtgeimpfter Personen erklären. Jedenfalls kann man bei Verstärkung der sanitären Aufsicht, schwer darauf hoffen, dass die Pocken in Petersburg mit der Zeit eine seltene und ausnahmsweise Erscheinung sein werden, falls darauf andere Momente keinen Einfluss haben werden.

P. Modestow: «Sprachstörungen beim Typhus recurrens». (Nr. 12).

Es handelte sich um einen 44 jährigen Patienten, bei dem beim Recurrensanfälle dysarthritische Sprachstörungen aufgetreten und mit dem kritischen Abfalle der Temperatur verschwunden sind. Die Aphasie war eine theilweise, die Sprache undeutlich, stammelnd und stotternd, die vom Pat. ausgesprochenen Laute erinnerten aber an die Structur der Wörter, die Pat. sagen wollte. Solche Sprachstörungen werden von einigen Autoren als subcorticale Aphasie beschrieben, deren Localisation sich in der Capsula interna befinden soll. Pitres bezeichnet sie als Pseudo-Bulbärparalysen. Solche Sprachstörungen bei verschiedenen Infectionskrankheiten und darunter auch beim Typhusrecurrens werden schon in den Hippokratischen Schriften erwähnt.

J. Matweew: «Die Nachtherbergen, Artelwohnungen und Einfahrten der Stadt Saratow». (Nr. 12).

A. Sacher.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. II. Heft 1—2.

B. Schaposchnikow: «Zur Frage von der Pericarditis; klinische und experimentelle Beobachtungen».

Auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen und experimentellen Studien schliesst Verf.: 1) die allgemein gültige Regel, dass mit Zunehmen des Exsudates im Pericardium das Herz vermöge seiner Schwere nach hinten und unten fällt, ist unbegründet.

2) Das Vorhandensein des Herzstosses und des pericardialen Reibens schliesst durchaus nicht ein grosses pericardiales Exsudat aus, selbst bei Fehlen von Adhaesionen der pericardialen Blätter. 3. Die topographische Lage der Pleura in ihrem Verhältnisse zum Pericardium und zum Brustkorbe ist durchaus nicht eine constante, und es gelingt nicht immer an der der incisura cardiaca entsprechenden Stelle eine Verwundung der Pleura zu umgehen. 4) Die allgemein gültige Regel die Punktion links auszuführen hat keinen Vorzug, im Gegentheil hier kann man häufiger auf das Herz stossen. 5) Geeigneter sind für die Punktion der rechte Sternalrand dem 3—4. Intercostalräumen entsprechend oder links der 6. Intercostalraum, besonders, wenn an diesen Stellen volle Dämpfung herrscht. 6) Bei grossen Exsudaten hat der 6. Intercostalraum links noch den Vorzug, da hier die Pleura am meisten nach aussen geschoben und das Diaphragma nach unten gedrückt ist.

N. D. Korolew: «Ueber Veränderungen des Blutes bei mechanischer Erschwerung der Athmung».

Verf. fand, dass die Stenose der Luftwege immer eine Hyperleucocythose erzeugt, dieselbe manifestirt sich schon 2 Stunden nach Beginn der Stenose; dann aber beginnt zu Ende der ersten 24 Stunden die Zahl der weissen Blutkörperchen abzunehmen und erreicht die Norm zu Ende der 2-ten 24 Stunden, die weitere Dauer der Stenose bleibt ohne Einwirkung auf die Zahl der weissen Blutkörperchen. Bei Untersuchung des Blutes von Diphtheriekranken soll man daher den Moment der Untersuchung berücksichtigen; bestehende Larynxstenose kann auch, ohne dass eine septische Form vorliegt, eine bedeutende Hyperleucocythose erzeugen.

W. Tarnowski (Professor): «Die Serotherapie bei Behandlung der Syphilis».

Die Beobachtungen des Verf. über den Einfluss des Serums von syphilisirten Füllen auf den Verlauf der Syphilis beim Menschen ergaben, dass dasselbe keinen nennenswerthen Effect erweist; weder geht die Sclerose des Primäraffectes zurück, noch ändert sich in seinem Verlaufe und seiner Intensität das 2. syphilitische Stadium. Dagegen sind schädliche Nebenwirkungen nicht zu verkennen: Fieber, Albuminurie, Auftreten von Purpuraflecke, starkes Sinken des Körpergewichts weisen darauf hin, dass das Serum dem Organismus durchaus nicht indifferent ist.

A. Lurje: «Ueber den Einfluss subcutaner Injectionen von Pferdeblutserum auf das Blut von Syphilitikern».

Weder lässt sich eine specifische Wirkung des normalen Pferdeserums constatiren, noch kann man einen indirecten günstigen Einfluss auf die Blutbestandtheile, auf das Körpergewicht und die Ernährung der Kranken annehmen.

Trshezjesski: «Ueber die Rolle des Megastoma entericum bei chronischen Darmkatarrhen».

Verf. fand in 5 Fällen chronischer Enteritis den von Grassi beschriebenen Parasiten vor. Derselbe bekannt unter dem Namen Megastoma entericum, birnenförmig, der hintere Theil ausgezogen und abgeschärft; der vordere Theil abgerundet enthält eine rinnenförmige Vertiefung, aus der 2 Bläschen hervortreten. Mit diesem Theil saugt sich der Parasit an das Darmepithel an und ernährt sich ausschliesslich durch osmose. Die Autoren, welche die Anwesenheit dieses Parasiten im menschlichen Darmkanal constatirt haben, sind verschiedener Meinung über die Art der Wirkung desselben: einige halten ihn für pathogen, andere sind der Ueberzeugung, dass seine Anwesenheit im Darmkanal ganz unwichtig sei. Verf. hat in Fällen von Enteritis den Parasiten constatiren können. In 2 Fällen bestand ein katarrhalischer Process im Dünndarm, in den 3 anderen bestand einfache Diarrhoe, ohne dass eine Erkrankung der Schleimhaut angenommen werden konnte. In allen Fällen fand sich das Megastoma in kolossalen Quantitäten vor, und Verf. ist geneigt demselben eine pathogene Bedeutung zuzuschreiben.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 9 Апрѣля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 1897. 1 – 8.

M. Wolkow und S. Delitzin: «Ueber das intraabdominale Gleichgewicht und die Beweglichkeit der Nieren». (Nr. 1, 2.)

Die Verfasser kamen bei ihren experimentellen Untersuchungen an Leichen (70 Versuche) zur Ueberzeugung, dass nicht bloss die Verlängerung der Bänder und Gefässe, oder der Schwund des Nierenfettes, oder die Gewichtszunahme der Niere, sondern vor allen Dingen die Gestalt der Nischen, in denen die Nieren zu beiden Seiten der Wirbelsäule ruhen, ausschlaggebend bei Lageveränderungen ist. Eine gewisse Beweglichkeit (circa um 1—2 cm.) ist normaler Weise vorhanden und wird von den Verfassern als «absolute Beweglichkeit» bezeichnet. Bei vertikaler Stellung der Leichen erfolgt nach Eröffnung der vorderen Bauchwand oft eine bedeutende Nephroptose bis zur Crista ilei und darüber. Plötzliche Veränderung des intraabdominalen Druckes, z. B. Punktion eines Ascites begünstigt ein Tiefertreten der Niere, dagegen konnte eine Beeinflussung der Lage der rechten Niere von Seiten der Leber nicht constatirt werden. Bei Druck oder Schlag von hinten resultirte eine Verdrängung der Nieren aus ihrer Nische. Diese letztere hat bei gesunden erwachsenen Männern eine gleichmässig tiefe, birnförmige Gestalt, deren breiter Pol nach oben gerichtet ist; bei Weibern besonders in vertikaler Lage. ist die Nische flacher und eher cylindrisch, so dass also ein Hinuntergleiten der Niere dadurch begünstigt wird. Bei Tragen eines Korsetts werden diese Nischen noch kleiner. Kommt noch eine Veränderung des intraabdominalen Druckes hinzu, so sind die Bedingungen für Nephroptose gegeben.

G. Zeidler: «Ueber operative Eingriffe bei subkutanen Nierenzerreissungen». (Nr. 1—3.)

Nach Anführung der Literatur beschreibt Z. einen Fall aus eigener Praxis. Die 31-jährige Patientin war im trunkenen Zustand eine Treppe hinuntergefallen und wurde am anderen Morgen in das Obuchowhospital übergeführt. Die nach dem Fall aufgetretenen Schmerzen in der rechten Lumbalgegend, Hämaturie, Erbrechen, starke Anaemie, endlich der extraperitoneale rechtsseitige Bluterguss unter die Haut deuteten auf eine Verletzung der rechten Niere hin. Daher wurde sofort zur Operation geschritten. Nach Entfernung der das Peritoneum abhebenden reichlichen Blutgerinnsel in der rechten Lumbalgegend, wurde die in zwei Hälften zerrissene und von Gefässen und Ureter abgerissene Niere gefunden. Bald gelang es auch die Nierengefässe und Ureter aufzufinden und zu unterbinden. Tamponade der Wunde. Der glückliche Ausgang der Verletzung beweist, dass in ähnlichen schweren Fällen eine frühzeitige Operation indicirt ist.

Prof. A. Kasem-Bek: «Ein Fall von Myxödem». (Nr. 3).

Nach Ordination von Thyreoidinum siccatum Merck à 0,06—0,12 bis 3 Mal täglich wichen alle Krankheitssymptome.

D. Schirschow: «Zur Therapie des Uteruscarcinoms und der Portioerosion mit Chelidoneum majus». (Nr. 3, 4.)

S. konnte bei 2 Fällen von Endometritis cammalis cervicalis nach Einführung von Tampons, die mit Extractum chelidonii getränkt waren, eine Vernarbung der Erosionen nachweisen. Auch bei einem Fall von Cancer des Cervicalkanals wurde durch das Mikroskop eine oberflächliche Vernarbung der Ulceration constatirt, doch verbreitete sich ungeachtet dessen die Geschwulst weiter aus.

A. Kondratjew: «Zur Frage des Selbstschutzes des Organismus gegen bakterielle Infection». (Nr. 4—6.)

K. hält sich für berechtigt aus seinen Versuchen, auf die einzugehen zu weit führen würde, zu schliessen, dass das Zelleiweiss des Thierkörpers mit den Toxinen in Verbindung tritt und dass zu einer solchen Verbindung mit daranffolgender Spaltung sowohl das specifische Antitoxin des Tetanus als auch die normale schützende Substanz des Organismus, die er «Atoxogen» nennt, geeignet sind. Ferner konnte er feststellen, dass diese Substanz chemisch den specifischen Antitoxinen nahe steht und den Enzymen zugerechnet werden muss. Zur Gewinnung dieses Atoxogens konnte mit einigen Modifikationen die Brieger'sche Methode benutzt werden. Autor nimmt an, dass sowohl das Atoxogen, als Antitoxin und Toxin zusammen oder einzeln in Verbindung mit einem Eiweisstheil der Zelle tritt an Stelle einer Zahl gleichwerthiger Atomgruppen. Diese Verbindungen spalten sich nach einer gewissen Zeit (Inkubation) und geben toxische oder für den Körper unschädliche Producte, je nach der Art und Weise der Reaktion.

A. Kadjan: «Die Chirurgie der Gallenblase.» (Nr. 5—7).

Mittheilung dreier Fälle aus der Praxis des Verfassers. Im ersten Fall handelt es sich um ein Empyema cystidis felleae in Folge von Verschluss des ductus cysticus durch Steine. Zweizeitige Cholecystotomie und Entfernung einer grossen Zahl von Gallensteinen. Nach 3 Monaten war die Wunde vernarbt. Beim zweiten (15 jährigen) Patienten war ein Empyem der Gallenblase aus unbekannter Ursache entstanden. Die mit der Bauchwand verwachsene, enorm ausgedehnte Blase wurde eröffnet (Dr. Wanach) und der Eiter entleert. Steine wurden nicht gefunden. Der Patient erholte sich darnach schnell und wurde geheilt entlassen. Bei der dritten Patientin wurde wegen Gallensteinkoliken die Cholecystotomie ausgeführt, der ductus cysticus war obliterirt, die mit der Umgebung verwachsene Gallenblase enthielt 12 Cholestearinsteine. Patientin befindet sich noch in Behandlung.

G. Malkow: «Ein Fall von Wandermilz bei Leukämie.» (Nr. 6, 7).

Die ausserordentlich vergrösserte Milz (Patientin hatte mehrfach Malariaanfälle durchgemacht) nahm beinahe die ganze vordere Bauchhöhle ein, reichte nach unten bis zur Symphyse und maass von rechts nach links 46 cm., von oben nach unten 28 cm. Bemerkenswerth erscheint noch, dass die Patientin beim Heben einer Last plötzlich einen deutlichen Schmerz in der Milzgegend gefühlt hatte, als ob sich etwas losgerissen hätte und seitdem auch die Dislokation der Milz datirte. Die Untersuchung des Blutes ergab eine starke Zunahme der Leukocyten, besonders der mehrkernigen Neutrophilen, und Abnahme der Erytrocyten und des Hämoglobins.

W. Nikulin: «Ein Fall von Situs viscerum inversus.» (Nr. 8).

Bei einem an Lungentuberkulose leidenden Patienten wurde folgender Situs der inneren Organe gefunden: das Herz lag rechts und bot sonst normale Verhältnisse; der Perkussionston der linken Lunge ging in die Leberdämpfung über, rechts unter dem Herzen war Magen- und Darmschall vorhanden. In der rechten Axillarlinie konnte eine der Milz entsprechende Dämpfung perkutirt werden.

Weyert.

Djetskaja Medicina. 1897. № 1—2.

N. Gundobin. «Ueber die Wirkung des Tanalbins bei den Darmerkrankungen der Kinder». (Nr. 1).

Verfasser hat das Mittel bei Kindern im Alter von einem Monate bis 10 Jahren gegen verschiedene Affectionen des Darmcanals angewandt und war mit dem Effect des Mittels sehr zufrieden. Die besten Resultate zeigt es bei den chronischen Entero-colitiden; aber auch bei acuten Dyspepsien und Darmcatarrhen war es nicht ohne günstige Wirkung. Bestehen gleichzeitig anaemische Zustände, so verbindet G. das Mittel mit Eisenpräparaten. In Fällen von schwerer Rachitis, wo die Anwendung des Leberthrans durch fortwährend auftretende Diarrhoen verleitet worden war, konnte G. mittelst des Tanalbin den Thran zur nöthigen Ausnutzung kommen lassen.

Spiridonow: «Ueber die Diagnose des Typhus nach Widal». (Nr. 1).

Es wurden 15 Fälle nach der von Widal angegebenen Methode geprüft. In allen Fällen gelang die Reaction. Schon am 5—6. Krankheitstage tritt die Reaction auf und erreicht auf der Höhe der Krankheit das Maximum der Intensität; in der Reconvalescenz schwächt sie sich ab. In 2 Fällen konnte S. am 52. resp. 60. Krankheitstage die agglutinirenden Eigenschaften des Blutserums nicht mehr hervorrufen. Nach Verf. ist zur Diagnose des Abdominaltyphus die Widal'sche Methode der von Elsner angegebenen vorzuziehen; auch die Ehrlich'sche Diazoreaction kann nicht so massgebend sein, weil sie auch bei anderen Krankheiten auftreten kann.

P. Michailow: «Ein Urethralstein bei einem Mädchen». (Nr. 1)

Es handelt sich um ein 12-jähriges Mädchen, das lange Zeit schon an Störungen der Harnentleerung gelitten hat. M. fand in der Urethra einen Phosphatstein von 5 ctm. Länge und 12,8 grm. Gewicht.

Ssila-Nowitzki: «Asphyxia ex abscesso retropharyngeali». (Nr. 1).

Ein 4-monatliches Kind wird mit röchelndem Athmen ins Hospital gebracht. Beim Versuch die Zunge mit dem Spatel nach unten zu drücken, hört das Kind plötzlich zu athmen auf, und treten die Erscheinungen der Asphyxie ein. Die stark hervortretende hintere Rachenwand wird mit dem Pharyngotom rasch gespalten, es entleert sich eine Menge dicken Eiters, doch das Kind bleibt asphyktisch; mit dem in den Rachen gebrachten Katheter konnte Nichts aufgesogen werden. Das Kind wird dann mit dem Kopfe nach unten gedreht und durch starkes Schütteln gelingt es doch noch sehr viel Eiter herauszubefördern. Erst nach 3/4 Stunden begann das Kind regelmässig und tief zu athmen.

M. Cheissin: «Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie». (Nr. 1).

Ein 3-jähriger Junge fiel von bedeutender Höhe herab und wurde bewusstlos aufgehoben. Auf der rechten Schädelhälfte war eine bedeutende Schwellung und Blutunterlaufung. Es bestand eine linksseitige Hemiplegie, daneben Aphasie. Anamnestisch konnte festgestellt werden, dass das Kind linkshändig war.

A. Kissel: «Ein Fall von nodösem Rheumatismus bei einem 12-jährigen Mädchen». (Nr. 1).

W. Tschernow: «Ueber locale und allgemeine Intoxicationssymptome vom Magen-Darmcanale aus».

Verfasser weist auf die enge Beziehung zwischen Dyspepsien und Lebererkrankungen hin. Er beobachtete das Auftreten von Leberschwellungen bei Kindern mit acuter Enteritis einerseits, andrerseits bei starken Kothstauungen im Dickdarm. Im ersten Falle geht ein verstärkter Gährungsprocess im Darmcanal vor, im anderen Falle bedingen die längere Zeit sich stauenden Faecalien eine stärkere Resorption der bei normaler Verdauung entstehenden toxischen Stoffe. In jedem Falle müssen die toxischen Stoffe durch den Pfortaderkreislauf in die Leber gelangen; hier werden sie nur theilweise zerstört, ein anderer Theil bleibt unverändert und kann zur Reizung des Leberparenchyms Veranlassung geben, bevor er in den allgemeinen Kreislauf gelangt. Die Reizung der Leber kann sich ganz verschieden geltend machen: es können nur die Leberzellen afficirt werden, dann tritt eine einfache Leber schwellung auf, oder aber es können nur die Blutgefässe in Mitleidenschaft gezogen werden, oder endlich der hauptleidende Theil können die Gallencapillaren sein, dann tritt Icterus auf. Man sieht, namentlich bei Kindern recht häufig im Anschluss an Diarrhoen Icterus auftreten; es handelt sich in solchen Fällen durchaus nicht um den sogenannten catarrhalischen Icterus, sondern um einen infectiösen, in Folge von Reizung der Gallencapillaren durch toxische Stoffwechselproducte. Die eben hervorgehobene Leberschwellung ohne oder mit Icterus muss nach Verf. als Symptom der Autointoxication aufgefasst werden. Die starken Schwellungen der Leber, die bei Rachitis beobachtet werden, erklären sich ebenfalls durch eine chronische Reizung des Leberparenchyms vom Magendarmcanale aus.

A. Kissel: «Ueber die Häufigkeit der Rachitis in Moskau unter den Kindern bis zu 3 Jahren». (Nr. 2).

An dem grossen Material des Olga-Kinderhospitals hat Verfasser im Verlaufe von 6 Jahren Material gesammelt. Wir geben hier nur seine Schlussfolgerungen wieder. 1) Unter allen untersuchten Kindern im Alter bis zu 3 Jahren war Rachitis in 80% der Fälle nachweisbar. 2) Schwere Formen der englischen Krankheit waren selten. 3) Gleich häufig fand sich Rachitis bei den armen und bei den unbemittelten Klassen. 4) Die Art der Ernährung hatte keinen nachweisbaren Einfluss. 5) Bei schlechten Ernährungsbedingungen nahm die Rachitis eine schwerere Form an. 6) Häufig fand sich die Krankheit bei Kindern, die nur mit der Mutterbrust genährt wurden und deren Mütter vollständig gesund waren. 7) Am häufigsten äusserte sich die Rachitis durch den Rosenkranz an den Rippen durch Auftreibungen an den Schädelknochen, durch Vergrösserung des Kopfumfanges und durch Anaemie der Hautdecken (Craniotabes trat auch frühzeitig ein, doch wurde dieses Symptom nicht häufig beobachtet. 8) Verfasser konnte nicht einen einzigen Fall von Rachitis bei Neugeborenen constatiren.

Ssila-Nowitzki: «Ueber die Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure». (Nr. 2).

Verfasser hat sehr gute Resultate mit dieser Säure erzielt Er gebrauchte folgende Lösung, mit der die Marly impraegnirt wird: Acidi picrici 2,5 Spirit. vini 50,0 Aq. destill. 500,0. Die Marly wird auf diese Weise auf die Verbrennungsstelle gebracht, darauf kommt eine Wattaschicht und das Ganze wird mittelst Binde fixirt. Der Verband kann mehrere Tage liegen. Die Vorzüge dieser Behandlungsmethode sind: 1) Der Pikrinverband wirkt schmerzlindernd und braucht dabei nicht häufig gewechselt zu werden. 2) Giebt nicht viel Secretion. 3) Begünstigt die Heilung ohne Eiterung und 4) giebt eine glatte Narbe.

J. Tschuprin: «Die Werlhof'sche Krankheit malarischen Ursprunges mit Recidiv». (Nr. 2).

Bei einem 2½-jährigen Knaben, der vor kurzer Zeit eine Intermittensattaque durchgemacht hatte, entwickelten sich Symptome der Purpura haemorrhagica. Heilung durch Chininpräparate. Später trat Recidiv auf.

N. Alexejew: 1) «Ein Fall von Lungengangraen». 2) Erythema nodosum complicirt mit acuter Nephritis». (Nr. 2).

T. Krassnobajew: «Lebersarcom bei einem Kinde von 1½ Jahren». (Nr. 2).

Man constatirte eine Anschwellung im rechten Hypochondrium, unterhalb des Rippenbogens eine kuppelförmige Hervorwölbung, die das Gefühl einer tiefen Fluctuation gab. Der untere Rand der Leber befand sich entsprechend der rechten Mamillarlinie in Nabelhöhe, entsprechend der Mittellinie in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Es wurde ein subdiaphragmaler Abscess angenommen und auf der Höhe der supponirten Fluctuation ein 6—7 ctm. langer Schnitt angelegt. Beim Eröffnen der Bauchhöhle fand K. einen stark getrübten peritonealen Leberüberzug, mit alten Blutgerinnseln bedeckt. Von einem kleinen Defect des Leberparenchyms, aus dem es stark blutete, drang Verfasser mit Hohlsonde in die Leber ein, es zeigt sich alsbald eine graue, eitrige Flüssigkeit, die entleert wurde. 4 Stunden nach der Operation starb das Kind. Bei der Section fand man die stark vergrösserte Leber mit einzelnen grösseren und kleineren Knoten durchsetzt, die sich als grosszelliges Rundzellensarcom erwiesen.

Abelmann.

Medicinskoje obosrenje. 1897. Januar, Februar.

L. Darkschewitsch: «Ueber die sogenannte retrograde Degeneration der peripheren Nervenfasern».

Eingehende mikroskopische Studien, für Referat nicht geeignet.

N. F. Filatow: «Ueber die Pathogenese einiger Formen von Oedemen ohne Albuminurie bei Kindern». (Nr. 1).

Die nach Scharlach zuweilen auftretenden Hautoedeme ohne Albuminurie sind nach Filatow zweierlei Charakters:

1) entweder entwickeln sie sich auf dem Boden einer schleichend verlaufenden Nephritis, — solche Oedeme sind sehr selten und werden auch bald durch das schliessliche Auftreten von Eiweiss und Formelementen im Urin aufgeklärt oder aber 2) ihre Genese setzt sich aus 2 Factoren zusammen, — Schwächung der Herzthätigkeit und Veränderung der Gefässwände. — hierher gehören die meisten Fälle von postscarlatinösen Oedemen ohne Albuminurie. Die Herzschwäche offenbart sich zunächst in der Weise, dass der Puls leicht unterdrückbar wird, verlangsamt und unregelmässig, später können auch Stauungserscheinungen in der Leber und in den Nieren auftreten. Der zweite Factor — die Alteration der Capillaren entsteht unter dem Einflusse des Scharlachgiftes. Charakteristisch für diese Art von Oedemen ist, dass sie sehr rasch der eingeleiteten Therapie weichen. Filatow verordnet gute Kost (auch reichliche Fleischkost), mässige Weinmengen und

innerlich Coffein 0,03—0,06 4—6 mal täglich je nach dem Alter der Kinder. Die rasche Besserung weist darauf hin, dass die Herzschwäche nicht durch Alterationen im Herzmuskel, sondern durch Störungen des nervösen Apparates des Herzens hervorgerufen worden ist. Es können auch Oedeme ohne Albuminurie auftreten in Fällen, wo Scharlach nicht vorausgegangen war, einen solchen Fall beschreibt Verfasser. Es handelte sich um einen 8-jährigen Knaben, der an chronischen Durchfällen litt; bei diesem trat starkes Anasarca auf, Oedem des Gesichts, des Scrotums, Ascites. Die rechte Herzdämpfung vergrössert, der Herzstoss kaum merkbar, Herztöne leise, der 2. Pulmonalton verstärkt. Pulsarythmie. Unter dem Einflusse von Coffein schwanden die Symptome sehr rasch. Nach Verf. kann hier nicht die Rede sein von hydraemischen Oedemen, die sich nur sehr langsam entwickeln und nicht so ausgebreitet sind; vielmehr ist hier analog den postscarlatinösen Oedemen eine Intoxication von Magendarmcanale aus anzunehmen; die toxischen Stoffe haben die Alteration der Capillaren und die Herzschwäche hervorgerufen.

W. Ssawanewski: «Prolaps der Urethralschleimhaut bei Mädchen». (Nr. 1.)

Krankengeschichte nebst statistischen Daten und genauer topographischer Beschreibung der Blase und Urethra beim Weibe.

N. Berestnew: «Ein Fall von Darmactinomykose».

Ein 55-jähriger Soldat wird mit Erscheinungen einer acuten Peritonitis und Collaps ins Hospital gebracht, wo er nach 4 Stunden verschied. Nach den Angaben der Verwandten soll er Tags zuvor über starke Leibschmerzen und galliges Erbrechen geklagt haben; solche Attaquen sollen übrigens schon früher gewesen sein. Bei der Section fand B. alte fibröse Verwachsungen des Blinddarms mit dem Netz und der vorderen Bauchwand, zwischen der letzteren Verwachsung fand sich käsiger Eiter; in der Coecalwand 2 pigmentirte Narben; der Wurmfortsatz ganz abgeschnürt, liegt parallel dem Coecum nach links und ist durch Stränge mit letzterem verbunden. Im Mesenterium eine verbreitete Lymphdrüse; aus derselben sickert ein weiss-gelber Eiter heraus; derselbe enthält viele grau-schwarze Körnchen von Stecknadelkopfgrösse. Wahrscheinlich ist der actinomykostische Process durch die Lymphgefässe aus dem Blinddarm in das Mesenterium verschleppt worden und hat hier zur Vereiterung der Lymphdrüse geführt. Die Körnchen bestanden aus einem Netz von nach Graham sich färbenden Fäden ohne kolbenförmige Verdickungen an den Enden. Die vom Verfasser angestellten Culturversuche ergaben, dass der Pilz dem von Gasperini beschriebenen Actinomyces albus am nächsten steht. B. macht darauf aufmerksam, dass die verschiedenen Arten der Pilze aus der Actinomycesgruppe nicht immer das typische Wachsthum zeigen, viele zeigen eine diffuse Entwickelung, so dass im Eiter auch keine Körnchen gefunden werden können, jedoch muss auch für solche Erkrankungsformen der Name Actinomykose geltend gemacht werden. Als Psydoactinomykose sind die von Dor (Gazette hebdomaire Nr. 47, 1896) und von Ssawtschenko beschriebenen Fälle zu bezeichnen.

E. Maljutin: «Ueber die Taubheit bei den Webern». (Nr. 1).

Die vom Verfasser in Fabriken angestellten Beobachtungen ergaben, dass das starke Geräusch, unter dem die Weber arbeiten müssen, ihr Gehör abstumpft und die Grenzen der Gehörsempfindung für die hohe und niedrige Töne einengt. Arbeiter, die 5 Jahre lang in Webereien gearbeitet haben, werden gewöhnlich harthörig. Als prophylaktisches Mittel empfiehlt Verf. während der Arbeit die Ohren mit Watte zu verstopfen.

J. Kudinzew: «Ein Fall von Nephrektomie wegen multipler Pyonephrosis». (Nr. 1).

A. Pospjelow: Die Erythromelalgie, als Symptom der Gliomatose des Rückenmarks». (Nr. 2).

Verfasser beschreibt einen typischen Fall von Erythromelalgie, der insofern von ganz besonderem Interesse ist, da die betreffende Patientin an der Morvan'schen Krankheit litt, was doch auf bestehende Syringomyelie hindeutet. Die Erythromelalgie muss hier als Symptom der Syringomyelie gedeutet werden; die Annahme von Dehio, Lewin und Eulenburg, dass eine Affection der Seiten- und Hinterhörner der grauen Substanz bestehen muss, findet somit in diesem Falle ihre Bestätigung. Die Benennung «Erythromelalgie» findet Verf. nicht ganz zutreffend, er schlägt vor dieses Krankheitsbild mit dem Namen «Oedema cutis acutum circumscriptum dolorosum» zu belegen.

A. Lindstrem: «Ueber Molluscum contagiosum». (Nr. 2).

Verfasser beschreibt einen Fall von Molluscum contagiosum, wo der ganze Körper von grösseren und kleineren Geschwülsten bedeckt war. Die genaue mikroskopische Analyse ergab Befunde, wie sie von Neisser, Benda und Winogradow bereits beschrieben worden sind. In Bezug der Frage über die Contagiosität spricht sich Verf. dahin aus, dass die Anhänger der parasitären Theorie noch keine genügende Gründe für die Specifität der in den Geschwülsten entdeckten Parasiten beigebracht haben: die Gegner der parasitären Theorie müssten auch noch den Charakter der Zellendegeneration beim Molluscum näher bestimmen. Verfasser ist eher geneigt eine parasitäre Aetiologie für die in Rede stehenden Geschwülste anzunehmen; es sprechen dafür nicht nur die eigenthümlichen mikroskopischen Bilder der Zellendegeneration, sondern auch die Erfahrung, dass das Molluscum in Schulen und Pensionaten epidemisch auftreten kann. ferner die positiv ausgefallenen Impfungen an Menschen (Retzius, Vidal, Pick u. a.).

N. Marjantschik: «Beobachtungen über Eclampsie im Wochenbett». (Nr. 2).

Verfasser hat 7 Fälle in Beobachtung gehabt, einen Fall in der Privatpraxis und 6 in der geburtshülflichen Anstalt zu Kiew. Alle 6 waren Erstgebährende. Das Alter variirte zwischen 22 und 32 Jahren. Während der Schwangerschaft bestand 2 mal Anasarca beider unteren Extremitäten, 1 mal war nur der rechte Fuss ödematös, 1 mal Oedem des Gesichts, der Hände und der Füsse. Das Becken war in allen Fällen normal. Lage des vorliegenden Theiles: 6 mal Hinterhauptslage, 1 mal Gesichtslage. In 4 Fällen trat die Eclampsie ganz plötzlich auf, bei den übrigen stellten sich Vorboten ein: Uebelkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen etc. Der erste Anfall setzte in einem Falle 10 Minuten nach dem Ausstossen der Placenta ein, in einem Falle nach 1³/₄ Stunden, in dem 3. Falle nach 8 Stunden, in 2 anderen Fällen nach 17 Stunden, in den übrigen 2 Fällen am 6. resp. 8. Tage des Wochenbettes. In allen Fällen bestand normale Temperatur. Was die Häufigkeit der Attaquen anlangt, so waren in 4 Fällen je 3 Anfälle, in einem Falle 5, in einem Falle 9 und endlich in einem 21. Albuminurie wurde in 4 Fällen constatirt. Was die Pathogenese der puerperalen Eclampsie anlangt, so stimmt Verf. mit den Anschauungen, die von Professor Herff vertreten werden, überein. Dieser nimmt eine erhöhte Erregbarkeit der psychomotorischen Rindencentra und der grossen basalen Ganglien an — sogenannte eclamptische Labilität.

A. Eberlin: «Abdominalschwangerschaft. Laparotomie. Entfernung der todten Frucht und der Placenta. Heilung». (Nr. 2).

Der Fall bietet in mancher Hinsicht Interesse. Die extrauterine Schwangerschaft verlief bis zum 9. Monate latent. Ein abdominaler Schock trat nicht ein.

W. Bormann: «Zur Casuistik der Oberkiefer-Resection mit vorangehender Tracheotomie». (Nr. 2).

Die Frage nach der Nothwendigkeit der Tracheotomie bei der in Rede stehenden Operation ist noch nicht entschieden. B. ist ein eifriger Anhänger dieser Methode. In 4 Fällen wurde die Narcose nach Trendelenburg mit vorausgehender Tracheotomie und Tamponade des Kehlkopfes ausgeführt und alle Fälle verliefen glücklich.

N. Berestnew: «Ueber croupöse Bronchitis». (Nr. 2).

Verfasser beschreibt einen Fall von idiopathischer primärer croupöser Bronchitis. Es handelte sich um einen 29-jährigen Collegen, der in den Kinderjahren bereits 2 mal an croupöser Pneumonie gelitten hatte. Nachdem er sich in der Ventilationskammer der Klinik, wo er sehr viel Staub einathmen musste, aufgehalten hatte, erkrankte er am anderen Tage; es stellte sich Husten ein, Opressionsgefühl in der linken Hälfte des Brustkastens, exspiratorisches Asthma. Das klebrige, dickschleimige Sputum enthielt viele Epithelien, Charcot-Leyden-sche Krystalle und eosinophile Leucocythen. Die Percussion ergab normale Verhältnisse: die Auscultation — abgeschwächtes Athmen in der linken Brusthälfte und Rasseln. Am 3. Tage setzte unter Schüttelfrost Fieber ein, starkes Asthma, das erst nach 2 Tagen grösseren Morphiumdosen wich. Der Husten wurde loser und Patient expectorirte ein geballtes Sputum, das den Abguss des dichotomisch verzweigten Bronchus darstellte (6 cm. lang und ¹/₃ cm. breit). Obgleich der Husten und das Asthma leichter wurden, trat doch von Zeit zu Zeit noch Fieber auf und im Sputum fanden sich immer Abgüsse der grösseren und kleineren Bronchen. Der Patient wurde in ein südliches Klima geschickt, wo gleich bei seiner Ankunft, eine Exacerbation des Leidens sich einstellte; starkes Asthma, Fieber. Nach einigen Morphiumgaben Expectoration eines fibrinösen mit Blutäderchen bedeckten, bleifederdicken Abgusses des linken Bronchus. Seit dieser Zeit völlige Gesundheit. Die genaue bacteriologische Untersuchung der

Abgüsse fiel negativ aus, weder fanden sich Diphtheriebacillen, noch der Friedländer'sche Pneumobacillus, noch der Fraenkel'sche Pneumokokkus. Therapeutisch soll man in erster Linie Klimawechsel anordnen, dann Jodnatrium und Apomorphin. Guten Effect hat Verfasser von heissen Bädern gesehen.

J. Subkowski: «Zur Casuistik der Endocarditis ulcerosa». (Nr. 2).

Eine sehr ausführlich gehaltene Beschreibung der Krankheit eines Collegen, die in der ersten Zeit viele diagnostische Schwierigkeiten dargeboten hat. Offenbar schloss sich die ulceröse Endocarditis an eine recidivirende Influenza an.

N. Mamonow: «Beobachtungen über die Widal'sche Serumdiagnostik des Abdominaltyphus». (Nr. 2).

Mehr als 200 Beobachtungen aus dem Moskau'schen Katharinenhospital. Während des Fieberstadiums hat M. nie eine negative Reaction erhalten, dagegen waren die Befunde in der ersten Woche nach der Lysis sehr variabl. Im Fastigium erhielt M. immer positive Resultate. Besonders stark ausgesprochen war die Reaction bei Recidiven; sehr schwere Fälle mit lethalem Ausgange unterschieden sich hinsichtlich der Widal'schen Reaction nicht von den leichten Fällen. M. hat ferner 130 Fälle von nicht typhösen Erkrankungen auf die Reaction hin untersucht und bekam nur in 4 Fällen ein positives Resultat (2 Fälle von Recurrens, 1 Fall von croupöser Pneumonie und 1 Fall von Influenza).

Abelmann.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. II. Heft 5—6.

J. A. Schabad: «Die Mischinfection bei Lungentuberkulose».

Aus der umfangreichen Monographie können wir nur einige Resultate anführen. Es wurden im Ganzen 31 Fälle von Lungenphtise untersucht. Das Sputum wurde in jedem Falle 1—4 mal zu verschiedenen Zeitperioden untersucht, wobei Verf. sich der von Kitasato angegebenen Methode der Auswaschung des Sputums bediente. Am häufigsten fand er eine oder zwei Arten von Mikroorganismen, seltener 3 und 5 Arten. Nach der Häufigkeit des Befundes reihen sich die Mikroorganismen folgendermaassen:

Schleimhaut-Streptokokken	in 19	Fällen	—	29	mal.
Streptokokken	» 12	»	—	13	»
Pneumokokkus Fränkel-Weichselbaum	» 10	»	—	10	»
Staphylokokkus gelber	» 7	»	—	12	»
» weisser	» 1	»	—	1	»
Pneumobacillus Friedländer	» 4	»	—	4	»
Proteus Vulgaris	» 3	»	—	3	»
Bacillus influenzae Pfeiffer	» 2	»	—	3	»
Bact. coli commune	» 2	»	—	3	»
M. tetragenus	» 2	»	—	2	»
Diplokokkus intracellul. Weichselbaum	» 2	»	—	2	»
Bac. pyofluor. } Ledderhose	» 1	»	—	1	»
Bac. pyocyan. } Ledderhose	» 1	»	—	1	»
Coccus albus liquefac. Besser	» 1	»	—	1	»

Das Blut wurde zu Lebzeiten der Patienten in 7 Fällen untersucht; nur in einem Falle fand Verf. in dem aus einer Vene mittels Spritze erhaltenen Blute den weissen Staphylokokkus. Von 31 Fällen endeten 21 lethal; eingehende Section wurde in 17 Fällen ausgeführt, und nur in einem Falle gelang es weder mikroskopisch, noch auf dem Wege von Culturanlagen fremdartige Mikroben in den Lungen nachzuweisen; in einem Falle erhielt Verf. aus dem Lungengewebe und aus einer Caverne Reinculturen von m. tetragenus, letzterer fand sich auch neben dem Tuberkelbacillus im Alveolenexsudat; in den übrigen Fällen wies Verf. den Streptokokkus pyogenes nach, daneben aber auch andere Sorten, wie z. B. den Friedländer'schen Pneumobacillus, den Fränkel'schen Pneumokokkus, das bact. coli commune etc. Bei bacteriologischer Untersuchung des Blutes post mortem fand Verf. am häufigsten den pyogenen Streptokokkus, bei histologischer Untersuchung des Lungengewebes constatirte S. neben den Tuberkelbacillen am häufigsten den Streptokokkus. Im Alveolenexsudat waren die Tuberkelbacillen nur in geringer Menge vorhanden und in den Fällen, wo auch Streptokokken constatirt wurden, praevalirten letztere stark; sie fanden sich sowohl in den alveolen, als auch in den Käseherden in grossen Haufen. Auf Grund seiner Beobachtungen schliesst S., dass fast alle Fälle von Lungentuberkulose, die auf den Sectionstisch kommen, eine Mischinfection darbieten, wobei die Hauptrolle dem pyogenen Streptokokkus zukommt. Dem m. tetragenus schreibt Verf. auch eine pathogene Rolle zu, derselbe kann als Erreger einer chronisch-catarrhalischen Pneumonie auftreten. Als gemischte Infection von Lungentuberkulose bezeichnet man nach Verf. diejenigen Fälle, bei welchen im Lungengewebe oder in den capillaren Bronchen, oder aber im Blute fremdartige Mikroben gefunden werden. Das Auffinden von pathogenen Mikroorganismen im Sputum nach der Methode von Kitasato genügt nicht zur Feststellung einer Mischinfection, da die Erfahrung lehrt, dass nicht alle auf diese Weise eruirten Mikroben aus den Lungen stammen; eine Ausnahme bildet der pyogene Streptokokkus. Sehr wichtig ist es, nach den Beobachtungen des Verf. im Sputum den eigentlichen pyogenen Streptokokkus von dem sog. Schleimhaut-Streptokokkus zu unterscheiden, letzterer gleicht in morphologischer Beziehung dem ersteren, unterscheidet sich jedoch durch biologische Eigenschaften und hauptsächlich dadurch, dass er nicht pathogen ist. Während die Schleimhautstreptokokken ganz unschädlich sind, ist der pyogene Streptokokkus von sehr wichtiger prognostischer Bedeutung, seine Anwesenheit ergibt das Bestehen einer Streptokokken-Mischinfection. Viel seltener ist die secundäre Infection bedingt durch den m. tetragenus und den Pneumokokkus. Ueberhaupt tritt die secundäre Infection gewöhnlich als letztes Stadium der Lungentuberculose auf und führt rasch das lethale Ende herbei. Die Mikroben, welche die secundäre Infection bewirken, nehmen gleichzeitig mit den Tuberkelbacillen Antheil an den secundären pneumonischen Processen, oder aber, wenn sie sogar in der Bildung des Exsudats sich nicht ursächlich betheiligen, so wirken sie durch ihre Toxine auf den Allgemeinzustand des Kranken und auf das Fieber und, wie Verf. sich überzeugt hat, nehmen sie regen Antheil an der Zerstörung des Lungengewebes und der Bildung von Cavernen. Indessen gibt es auch Fälle von Lungentuberkulose, die rasch unter den Erscheinungen des hektischen Stadiums lethal enden und nicht auf eine Mischinfection beruhen. Ueberhaupt ist, nach Verf., für die progressirende, uncomplicirte Lungentuberculose das hektische Fieber mit Typus inversus charakteristisch. Bei Mischinfection mit Streptokokken ist gewöhnlich der Fiebertypus ein remittirender, oder aber ein constanter. Ganz normale Temperatur kommt bei Mischinfection nicht vor.

B. Drobny: «Untersuchung des Blutes bei einigen acuten und chronischen Erkrankungen».

Verf. hat eine ganze Reihe von Blutuntersuchungen angestellt; dieselben führten ihn zu folgenden Ergebnissen:

1. Syphilis: Das syphilitische Gift beginnt seinen Einfluss auf die Blutbeschaffenheit schon beim Bestehen des harten Chankers geltend zu machen, indem die Haemoglobinmenge sich vermindert und die procentuale und absolute Quantität der reifen Elemente sich vergrössert und der jungen Elemente sich verkleinert. In der Periode der frischen Exantheme constatirte Verf. eine Vergrösserung der Zahl der rothen Blutkörperchen, ein starkes Sinken der Haemoglobinmenge, der Blutalkalescenz, Verminderung der Prozentzahl der jungen, Vergrösserung der procentualen und absoluten Menge der reifen und überreifen Elemente und eine sehr starke Vermehrung der eosinophilen Zellen. Das Blut wird bei der Syphilis reifer wegen des verlängerten Verhaltens der farblosen Blutelemente im reifen Stadium und der Verlangsamung der Zerstörung von überreifen Elementen. Bei der Quecksilberbehandlung kehrt das Blut allmählich wieder zu seiner normalen Zusammensetzung zurück, dabei wird es sogar jünger, als das normale, weil eine verstärkte Zerstörung der überreifen Elemente und ein verlangsamter Uebergang der jungen Elemente in ein älteres Stadium Platz greifen.

2. Typhus exanthematicus. Verminderung der Zahl der Formelemente und der Tinctionsfähigkeit des Blutes, Sinken der Alkalescenz und des specifischen Gewichtes (also Hydraemie), Verminderung der Dimensionen der rothen Blutkörperchen, Fehlen von eosinophilen Zellen (letztere erscheinen nur in der Reconvalescenz), Auftreten von Leucocythose. Das Blut ist reifer, als normal, weil die Elemente länger im reifen Stadium verharren und die überreifen rasch zerstört werden.

3. Typhus abdominalis. Die Zahl der rothen Blutkörperchen, der farblosen, die Menge des Haemoglobins, das specifische Gewicht und die Blutalkalescenz erweisen sich vermindert. Die Dimensionen der rothen Blutkörperchen sind vergrössert, im Fieberstadium besteht a-Leucocythose, eosinophile Zellen fehlen, das Blut ist reifer, als normal.

4. Intermittens. Die Grösse der Erytrocyten, die Zahl der weissen Blutkörperchen und die Menge des Haemoglobins sind vermindert, eosinophile Zellen fehlen, das Blut ist überreif.

5. Erysipelas. Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen, Sinken der Haemoglobinmenge, des specifischen Gewichts und der Alkalescenz; starke Vergrösserung der Zahl der weissen Blutkörperchen, das Blut ist seniler, weil die Elemente längere Zeit in dem ältesten Evolutionsstadium verbleiben und ihre Zerstörung verlangsamt ist.

6. Lungenphtise. Die Zahl der rothen Blutkörperchen, die Tinctionsfähigkeit, das specifische Gewicht und die Zahl der weissen Elemente ist vergrössert, auch hier ist das Blut seniler.

7. Maligne Neubildungen: Bei Osteo- und Chondrosarcomen ist das Blut weniger verändert, als bei reinen Sarcomen. Am auffallendsten ist die Verminderung des Haemoglobins; die Zahl der rothen Blutelemente, ihr Umfang, das specifische Gewicht des Blutes und dessen Alkalescenz sind vermindert. Das Blut ist seniler wegen des rascheren Ueberganges der Elemente aus dem jungen Evolutionsstadium in reifere Stadien.

8. Erkrankungen des Herzens. Bei uncomplicirten Herzfehlern ist die Zahl der rothen und weissen Blutkörper normal; vermindert ist die Haemoglobinmenge und das specifische Gewicht des Blutes; die rothen Blutkörper nehmen an Umfang zu.

9. Acute Anaemie. Das Blut ist hydraemisch, die Erytrocyten haben an Umfang ganz frappant abgenommen, man findet basophile Zellen, das Blut ist überreif.

F. Lominsky: «Eine neue Carminmasse zur Injection und Tinction hergestellt mittels Formalin».

Um die Carmingelatinmasse zu neutralisiren gebraucht L. statt Essigsäure eine 10%-ige Formalinlösung. Zur Färbung präparirt man die Lösung auf folgende Weise: man mengt 2,0 Ammoniakcarmin mit 100 Ccm einer 50%-gen Formalinlösung.

Lutochin: «Ueber die Cysten der Placenta».

Nach ihrer Entstehung nimmt L. 2 Kategorien an: die einen Cysten entstehen in Folge von schleimiger Degeneration der Chorionzellhaufen und haben keine Einwirkung weder auf die Schwangerschaft, noch auf die Frucht; die anderen Cysten verdanken ihre Entstehung Entzündungsprocessen (weisser Infarct, placenta marginata).

F. Tschistowitsch: «Ueber congenitale Rachitis».

Von der Ansicht ausgehend, dass als einziges Kriterium der intrauterinen Entstehung der Rachitis der mikroskopische Befund an den Epiphysen der langen Knochen und der Rippenknorpel bei Neugeborenen zu betrachten ist, untersuchte T. daraufhin 100 Kinderleichen (von Todtgeborenen oder von Kindern, die einige Tage — 1 Monat gelebt haben). In 72 Fällen fand er eine ganz normale Osteogenese; in 15 Fällen eine typische syphilitische Osteochondritis und nur bei 13 fand Verf. Besonderheiten in der Knochenentwickelung, die bald mehr zu den rachitischen bald zu den syphilitischen Affectionen der Epiphysen gerechnet werden konnten. T. ist infolge dessen entgegen der Ansicht von Kassowitz der Meinung, dass die Rachitis in der Mehrzahl der Fälle erst nach der Geburt entsteht; nur in Ausnahmsfällen kann sie schon in den letzten Monaten des intrauterinen Lebens ihren Anfang nehmen. Das zur Welt kommenee Kind bringt nur die Disposition zur englischen Krankheit mit.

S. Bronowski: «Das milchsaure Strontium bei Morbus Brightii».

Die Erfahrungen des Verf. über die Wirkung des Strontium lacticum bei Nierenleiden beziehen sich theils auf Beobachtungen am Krankenbett, theils auf experimentelle Studien an Hunden und Kaninchen. Zunächst überzeugte sich B. von der Richtigkeit der Laborde'schen Behauptung, dass Strontium lacticum längere Zeit verabreicht, keine giftige Wirkungen entfaltet. Er fütterte im Verlaufe eines ganzen Monates seine Versuchsthiere mit diesem Salz und bei der später vorgenommenen Section konnte er keine pathologische Veränderungen, weder in den Nieren, noch in anderen Organen wahrnehmen. Das Salz (Kahlbaum'sche Fabrik) wurde alsdann in 13 Fällen von Morbus Brightii angewandt (4 Fälle von acuter parenchymatöser Nephritis, 3 Fälle von chronischer diffuser Nephritis, 3 von chronischer diffuser Nephritis combinirt mit Klappenfehlern, 1 Fall von Nephritis combinirt mit Gallensteinkoliken, 1 Fall von primärer und 1 Fall von secundärer interstitieller Nephritis). In 2 Fällen trat Exitus lethalis ein in Folge von Complicationen, in 1 Falle trat keine Besserung ein, in allen übrigen Fällen war theils völlige Heilung, theils auffallende Besserung wahrzunehmen. Das milchsaure Strontium wurde in wässriger Lösung à 1,0 pro dosi und 6,0 pro die verabfolgt. Bei grösseren Dosen 10,0—12,0 pro die traten zuweilen Uebelkeit und sogar Erbrechen auf. Die Kranken bekamen ausser dieser Behandlung keine andere Medicamente, auch Bäder wurden nicht verabfolgt. Schon am 2. Behandlungstage konnte man den stark — harntreibenden Effect des Salzes constatiren, besonders bei den acuten parenchymatösen Nephritiden, aber auch bei den interstitiellen Formen. Bei den chronischen Formen ist der Effect viel geringer. Verf. beobachtete ferner eine rasche Abnahme der täglich ausgeschiedenen Eiweissmenge, doch kann er das Strontium nicht als specifisches Antialbuminuricum bezeichnen, auch fand er keine Einwirkung des Mittels auf die Pulsqualität. Die Menge der im Verlaufe von 24 Stunden ausgeschiedenen Aetherschwefelsäuren blieb bei der Strontiumbehandlung dieselbe, was der Ansicht von Dujardin-Beaumetz widerspricht, dass die Strontiumverbindungen die Gährungen im Magen-Darmkanal hintanhalten, auf diese Weise die Menge der im Blute circulirenden Toxine verringern und die Nieren entlasten; auch lieferte Verf. den Beweis, dass das milchsaure Strontium nur sehr geringe antibakterielle Eigenschaften besitzt, und das zumal bei grossen Dosen. Bronowski hat ferner experimentelle Beobachtungen über die Art der Wirkung dieser Salze angestellt. Seine Schlussfolgerungen sind:

1. Das milchsaure Strontium in therapeutischen Dosen den Thieren direkt in's Blut einverleibt, bewirkt keine Steigerung des allgemeinen Blutdruckes, eher eine Verringerung desselben.

2. Zunächst tritt Verlangsamung des Pulses ein, dann bei grösseren Dosen eine Beschleunigung.

3 In grossen Dosen ins Blut gebracht (mehr, als 0,07 auf 1 Kilo Thier) bewirkt es eine Nierenreizung.

4. Der harntreibende Effect beruht auf Erweiterung der Nierengefässe, und diese auf Reizung des nervösen Apparats, besonders des n. Splanchnicus.

5. Eine directe Einwirkung auf das Nierenepithel ist nicht anzunehmen.

6. Die gleichzeitige Anwendung von Morphium verringert den Effect des Strontiumsalzes.

7. Bei grossen Dosen nimmt die Urinabsonderung wieder ab, wobei der Urin häufig bluthaltig wird, entweder wegen der starken Hyperaemie der Nerven, oder wegen der deletären Einwirkung auf die Gefässwände.

N. Tschistowitsch: «Zur Frage von der Leucocytolysis.»

Auf Grund seiner Erfahrungen stellt T. folgende Thesen auf. 1) In einem Tropfen normalen Blutes, der bei 36—40° C. aufbewahrt und vor Verdunstung geschützt wird, erhalten sich die meisten Leucocythen ziemlich lange, — mehr, als 10—15 Minuten, wobei die grossen Leucocythen lebhafte amoeboide Bewegung zeigen; ihr Protoplasma wird mehr durchsichtig, tritt weniger scharf hervor. Werden diese Leucocythen der Abkühlung ausgesetzt, so schrumpft das Protoplasma zusammen, die Pseudopodien werden eingezogen, und die Leucocythen erhalten eine sphärische Form. Die Lymphocythen zeigen keine amoeboide Bewegung und verändern sich deshalb auch viel weniger.

2. Das Durchsichtigwerden des Protoplasma der Leucocythen bei einer Temperatur von 36—40° C. ist durchaus noch kein Zeichen beginnender Zerstörung, da dieses Symptom in der Periode der amoeboiden Bewegung beobachtet wird.

3. Beim normalen Menschen gehen nur sehr geringe Mengen von Leucocythen zu Grunde. selbst bei einer 100 fachen Verdünnung des Blutes mit physiologischer Kochsalzlösung konnte Verf. nur einen Verlust von 34% beobachten.

4. Die Leucocythen von an Recurrens, Typhus abdominalis croupöser Pneumonie leidenden Menschen zeigen bei einer Temperatur von 36—40° C. lange Zeit amoeboide Bewegung.

5. Man kann auch im Blute von Pneumonikern und Typhösen die Erscheinungen des Unterganges von Leucocythen, beobachten, besonders bei Ersteren kurze Zeit vor der Krisis.

6. Im Blute von Kaninchen kann man ebenfalls die amoeboide Bewegung der Leucocythen studiren, und in den ersten 12—18 Minuten ist ein Untergang von Leucocythen nicht erkennbar.

7. Die Beobachtungen über das Verhalten der Leucocythen ausserhalb des Organismus, also in einem Tropfen Blut ergeben, dass dieselben doch widerstandsfähige Elemente darstellen, sie gehen nicht leicht und nicht rasch zu Grunde; man kann nicht ihr momentanes Verschwinden bei experimentellem Schok oder bei Injection von verschiedenen Substanzen ins Blut durch die Annahme der Löwit'schen Leukolyse erklären.

N. Goncharoukow: «Ueber die Histiogenese der Hassal'schen concentrischen Körper der Thymus».

Die Hassal'schen Körper erscheinen nach den Beobachtungen des Verfassers in einer sehr frühen Foetalperiode und bestehen während des ganzen intra- und extrauterinen Lebens; es sind Zellbildungen, die von dem Thymusepithelium stammen; sie unterliegen der hyalino-colloiden oder der fettigen Degeneration sowohl bei Foeten, als auch bei jungen Thieren.

A. Kotzowski: «Ueber pathologo-anatomische Veränderungen beim Status epilepticus».

Verf. hat in einem Falle genaue mikroskopische Untersuchungen des Central-Nervensystems angestellt. Er fand Veränderungen, die gewöhnlich bei der Epilepsie constatirt werden

wie die von Chasslin und Holm beschriebene Gliose, Neubildung von Gefässen, degenerative Veränderungen in den Nervenzellen und den Nervenfasern (Associationsbündeln). Ausserdem aber waren Veränderungen zu constatiren, die K. auf den Status epilepticus bezieht und die einen acuten Charakter aufwiesen: eine Encephalitis mit zahlreichen frischen haemorrhagischen Heerden; dieselben sind im Verlaufe des ganzen Grosshirns und des verlängerten Marks zu finden und bedingen eben nach der Auffassung des Verf. den Status epilepticus.

D. Kuraew: «Ueber die Reduction der festen Substanzen und namentlich der Albumine während des Erholungsstadiums eines tetanisirten Muskels».

G. Brunner: Resultate der Blutserumtherapie bei malignen Tumoren».

Nach der von Richet und Héricourt angegebenen Methode der Injection von Extracten maligner Neubildungen bei Thieren (Kalb oder Hund) hat sich Verfasser das wirksame Blutserum verschafft und damit 5 Patienten behandelt (angiosarcoma plexiforme orbitae, epithelioma ulceratum faciei, carcinoma mammae, carcinoma faciei et cavi nasalis). Die Resultate waren: Das exact dargestellte Serum ruft bei der Injection (3—10 Ccm.) weder locale noch allgemeine Störungen hervor (Fieber, Albuminurie etc.) 2) Es übt keinen Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes aus (Zahl der Blutkörperchen, Haemoglobinmenge). 3) Unter dem Einflusse des Serums schwinden alle subjective Störungen, die in irgend welcher Beziehung zur Neubildung stehen (z. B. Schwund von Schmerzen, Aufhören der Schlaflosigkeit). 4) Die Oberfläche der ulcerirenden Geschwulst wird reiner, die Blutung hört auf 5) Die Wirkung des Serums hält 2—5 Tage an; sie hängt nicht von dem Umstande ab, in welcher Entfernung von dem Tumor das Serum injecirt worden war. 6) Auf das Wachsthum der Neubildung scheint das Serum keine Wirkung auszuüben.

M. Gurwitsch: «Balantidium coli im Darmcanal des Menschen».

In der Literatur konnte G. 44 Fälle von Anwesenheit dieser Parasiten im menschlichen Darmtractus auffinden. Er selbst hat das Balantidium 6 mal im Verlaufe von 2 Jahren (in der Klinik des Prof. Dehio) constatiren können. Gewöhnlich bewirken diese Parasiten eine Diarrhoe, so dass mitunter bis 20 Stühle täglich vorkommen. Die Stühle sind flüssig, enthalten viel Schleim und unverdaute Speisereste, zuweilen auch Blut, von penetrantem Geruch. Die betreffenden Kranken klagen über Koliken und Schmerzen in der Gegend des Blinddarms und des S. romanum. Es entwickelt sich eine Cachexie, einige Fälle endeten sogar lethal. Der Parasit wird am häufigsten in den Schleimpartikeln entdeckt; oberhalb der Bauhini'schen Klappe findet er sich nicht. Bei der Section fand man die Schleimhaut des Dickdarms entzündet und stellenweise ulcerirt; die Geschwüre reichen zuweilen bis in die muscularis hinein, die Geschwürsfläche ist eitrig mit infiltrirten Rändern. Als Hauptwirth des balantidium coli muss man das Schwein rechnen, beim Menschen kommt der Parasit nur in Ausnahmsfällen vor; dabei lenkt Verf. noch die Aufmerksamkeit darauf, dass in den meisten beschriebenen Fällen die Durchfälle nicht primär aufgetreten waren, sondern es gingen andere Erkrankungen voraus, wie Typhus abdominalis, cholera, Gastro-enteritis, Dysenterie etc. Von den 6 Fällen des Verfassers, war in 4 Fällen die Anwesenheit des Botriocephalus latus zu constatiren und in 1 Falle des Megastomum entericum. 3 Patienten beschäftigten sich mit Schweinezüchten resp. mit Anfertigung von Wurst.

Auf Grund seiner Beobachtungen ist Gurwitsch der Meinung, dass das balantidium coli sich im menschlichen Darmcanal nur dann festsetzen kann, wenn die Schleimhaut schon durch irgend eine andere Ursache afficirt worden ist. Bezüglich der Behandlung macht Verf. auf die interessante Thatsache aufmerksam, dass nach Eingabe von Filix Mas behufs Austreibung des botriocephalus, er die Beobachtung machen konnte, dass die balantidien sich encystirten, unbeweglich wurden, in einem Falle trat die Encystirung auch nach Verabreichung von Flores cinae auf; sind die Parasiten auf diese Weise unbeweglich, so kann man sie auf rein mechanischem Wege leichter entfernen (Clysmen aus Salicylsäurelösung, tannin).

Postojew: «Ueber einige Veränderungen des Blutes bei Thieren nach Exstirpation der Thyreoidea».

Die Veränderungen, welche Verf. bei seinen experimentellen Studien gefunden hat, lassen sich in folgende Punkte zusammenfassen: 1) Verminderung der Quantität der rothen Blutkörper, des Haemoglobins und des specifischen Gewichtes. 2) Vermehrung der weissen Blutkörperchen. 3) Die durch Peitschen des Blutes erhaltene Fibrinmasse wird fast um das Doppelte vermehrt. 4) Der procentuale Gehalt des Blutes und des Serums an Stickstoff sinkt, ebenso der Stickstoffgehalt der Fibrinmassen.

Abelmann.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sbornyku (Oktober — November 1896).

E. Küber: «Ueber den Werth des Jagn'schen Sterilisators.» (Oktober.)

Bei Prüfung des Sterilisationsapparates von Jagn kam Autor durch Versuche zur Ueberzeugung, dass durch Eintritt von Aussenluft in den Kühlraum eine Verunreinigung des Wassers resultirt. Ausserdem wurde bei Auswaschen des Apparates mit ungekochtem Wasser und ungenügender darauf folgender Sterilisation, oder bei Oeffnen des Krahnes des Kochraumes, vor Anfüllung mit Wasser, durch Luftzutritt eine grosse Anzahl verschiedener Bakterien im Wasser des Apparates gefunden. Es könnte also der Apparat nur dann seinen Zweck erfüllen, wenn er jedes Mal vor der Anwendung gründlich sterilisirt würde, was circa eine Stunde in Anspruch nimmt.

W. Aristow: «Gilt das Rommelaere'sche Gesetz bei Sarkom der inneren Organe.» (Oktober.)

Bekanntlich stellte Rommelaere das Gesetz auf, dass bei malignen Neubildungen der inneren Organe das Tagesquantum des ausgeschiedenen Harnstoffs unter 12,0 sinkt. Autor hatte nun Gelegenheit bei einem 25-jährigen Patienten mit einem vom Peritoneum ausgehenden Sarkom der Bauchhöhle dieses Gesetz zu prüfen und zwar ehe noch Kachexie eingetreten war. Dabei ergab sich im Verlauf von 2 Wochen eine Ausscheidung von durchschnittlich täglich 14,8 Harnstoff, also weniger als normal, obgleich mehr, als nach Rommelaere zur Diagnose einer bösartigen Neubildung verlangt werden muss.

J. Tschekunow: «Die Lepra in Konstantinopol.» (Oktober.)

Schilderung des traurigen Zustandes, in dem sich das Leproserium in Konstantinopol befindet, und der gänzlich mangelhaften Controlle der scheinbar recht verbreiteten Lepra daselbst.

P. Gubarew: «Ueber die specifische Wirkung des Testikelsaftes auf die experimentelle Cholera der Thiere.» (November.)

Autor stellte seine Immunisirungsversuche an Meerschweinchen und therapeutischen Versuche an Kaninchen an und gelangte zu folgenden Resultaten: weder der Glycerinextract nach Brown-Séquard, noch das Sperminum Poehl, noch die Testikelflüssigkeit nach Uspenski besitzen irgendwelche specifische immunisirende Eigenschaft gegen Cholera, die Meerschweinchen in die Bauchhöhle eingeimpft wird. Ebenso wenig übte eine von obigen Flüssigkeiten irgend einen therapeutischen Effekt bei experimenteller Cholera der Kaninchen aus. Ueberhaupt ist der Nutzen der Behandlung von Infektionskrankheiten mit obigen Präparaten mehr als problematisch. Bei chronischen Erkrankungen, z. B. Psoriasis (3 Versuche) war die Anwendung dieser Mittel vollkommen nutzlos.

W. Nearonow: «Zur Lehre der Landry'schen Paralyse.» (November).

Zwei von N. beobachtete Fälle boten viele Aehnlichkeiten. In beiden Fällen handelte es sich um junge (16-jähriger und 25-jähriger Patient), erblich nicht belastete Individuen, die nach einer Erkältung an leichtem Fieber, Gliederschmerzen und Schwäche in den Beinen erkrankt waren, welche letztere in wenigen Tagen vollkommen gelähmt wurden. Kurze Zeit darauf trat motorische Lähmung der Bauchmuskeln, des Zwerchfells und schliesslich allmählich auf Gesichtsmuskeln übergehend allgemeine motorische Lähmung ein, wobei sich das typische Bild der Bulbärparalyse entwickelte mit allen ihren lebensgefährlichen Symptomen. Nachdem die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht hatte (in circa 3 Wochen), begann in umgekehrter Reihenfolge, von oben nach unten, allmähliche Besserung der Lähmungserscheinungen. Nur die Paraplegie der Beine dauerte noch Monate lang, bis auch sie schwand. Im ersten Fall nach 7 Monaten, im zweiten nach 9 Monaten traten auch wieder die Patellarreflexe auf. Während der ganzen Dauer der Erkrankung waren weder Sensibilitätsstörungen, noch Blasen- oder Mastdarmlähmung, noch trophische Hautaffektionen bemerkbar, ebenso fehlten deutliche Amyotrophie und qualitative Veränderungen der elektromotorischen Erregbarkeit. Im zweiten Fall war eine deutliche Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme auf Druck vorhanden; im ersten Fall wurde diese Untersuchung leider versäumt. Es lag also nach des Autors Meinung eine typische Erkrankung an Landry'scher Paralyse vor, die er nicht als Symptom, sondern als besondere klinische Form betrachtet wissen will, für deren Grundlage aller Wahrscheinlichkeit nach eine Neuritis multiplex acuta oder acutissima angenommen werden muss.

Weyert.

Дозв. ценз. Спб. 10 Мая 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Wratsch Nr. 7—12, 1897.

W. Lossimowitsch: «Die Karakurte, die Phalange und der Scorpion». (Nr. 7).

Im Laufe seiner 20-jährigen Thätigkeit als Militärarzt in den Bezirken Ssemiretschje und Ssyr-Darja hatte Verf. häufig die Gelegenheit die giftigen Spinnen und deren Bisse zu beobachten, von den jetzt einige Fälle mitgetheilt werden. Der 1. Fall betrifft einen Fuhrmann, der auf dem Heuschlage von einer Karakurte gebissen wurde; letztere wurde im Hemdärmel des Pat. gefunden. Pat. verspürte dabei heftigen Schmerz. Die ganze rechte obere Extremität und entsprechende Brusthälfte waren heiss, stark geschwollen, von dunkelblauer Farbe mit braunrothen, dem Verlaufe dem Lymphgefässe entsprechenden Streifen. Pat. im bewusstlosen Zustande; fortwährende Krämpfe in den Extremitäten; Erbrechen; Durchfall; klebriger kalter Schweiss, Puls gallopirend, kaum fühlbar; Temp. 38,4°, die aber früher viel höher gewesen sein sollte; Tod an Herzparalyse. Ein ähnlicher, dem Verf. mitgetheilter Fall, endigte schon nach einigen Stunden tödtlich. Ihrer Giftigkeit nach nimmt bie Phalange, auch Solpuge oder Bichor genannt, die zweite Stelle ein. Die Vergiftungserscheinungen sind fast dieselben, aber weniger stürmisch; die 2 vom Verf. beobachteten Fälle nahmen beide einen günstigen Ausgang, in beiden bestand aber Lebensgefahr. Die Scorpionenstiche seien dagegen, trotz der ausgesprochenen Vergiftungserscheinungen ganz ungefährlich. In jedem zur Beobachtung kommenden Falle macht Verf. an der Stichstelle einen oberflächlichen Hautschnitt, setzt darauf einen Schröpfkopf und darauf Carbolumschläge; innerlich giebt er Alcohol und Chinin.

B. Libow: «Ueber die physikalischen Eigenschaften und therapeutische Bedeutung des Badeschlammes». (Nr. 7).

M. Jakowlew: «Zur Behandlung der Querbrüche der Patella,» (Nr. 7).

Auf Grund seiner 3 operirten Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Querbrüchen der Patella muss das Gelenk eröffnet und das in dasselbe ergossene Blut entfernt werden, die Fragmente sind durch die Knochennaht zu vereinigen. 2) Alle anderen Behandlungsmethoden erreichen nicht den Hauptzweck der Behandlung, die restitutio ad integrum.

B. Olissow: «Ein Fall einer neuen parasitären Hautkrankheit». (Nr. 7).

A. Natanson: «Ueber den schädlichen Einfluss der behaarten Raupen auf den Organismus des Menschen und der Thiere, insbesondere — auf die Augen». (Nr. 8).

(Sieh diese Wochenschrift, Nr. 12, 1897).

Prof. O. Motschutkowsky: «Ueber die Schmerzempfindung der Haut (Algesimetrie)». (Nr. 9).

Ergebnisse der Untersuchungen des Verf. über die Schmerzempfindung der Haut an den verschiedenen Körperstellen mit dem von ihm construirten Algesimeter, welche auf 2 topographische Bilder sehr übersichtlich dargestellt sind.

N. Tischutkin: «Ein Fall tödtlicher Vergiftung durch giftige Stoffwechselproducte der Mikroben aus den Tonsillen». (Nr. 8 u. 9).

Prof. S. Salessky: «Ist der Ersatz des Essentuk'schen Wassers Nr. 17 durch das Borshom'sche und Essentuk'sche Nr. 4 zulässig»? (Nr. 9).

Eine vergleichende Zusammenstellung der Untersuchungen dieser Mineralwässer ergiebt folgendes:

1) Das Borshom'sche Wasser enthält ebensoviel Eisen und um 29,88% mehr organische Substanzen als das Essentuk'sche Nr. 17.

2) das Essentuk'sche Wasser Nr. 17 ist doppelt so stark als das Borshom'sche und enthält 0.29081‰ Schwefelsäure anhydrid, welches in letzterem vollkommen fehlt; dabei ist der Chlorgehalt 4,95 Mal und der Magnesiumoxydgehalt 3,81 Mal im Essentuk'schen grösser als im Borshom'schen; endlich sind für das letztere Spuren von Schwefelwasserstoff und Borsäureverbindungen characteristisch, die im Essentuk'schen vollkommen fehlen.

3) dieselben Unterschiede, wenn auch nicht in so ausgesprochenem Grade, zeigen die beiden Essentukiquellen.

M. Kandaratsky: «Zur Casuistik der freien Körperchen in der Tunica vaginalis des Hodens». (Nr. 10)

Diese seien sehr selten. Bei der Operation einer Hydrocele bei einem 65-jährigen Manne fand K. in der Flüssigkeit derselben 2 freie Körperchen, von den das eine rund und erbsengross, das andere etwas kleiner und seitlich zusammengedrückt waren; die Oberfläche derselben — glänzend. Auf der Innenfläche der Tunica vaginalis fanden sich einige gestielte, Hydatiden, die nach Virchow, Hyrtl u. a. als Reste des Wolfschen Körpers anzusehen sind. Mikroscopisch bestanden die Körperchen aus grobfaserigem Grundgewebe mit zahlreichen, spindelförmigen lymphatischen Spalten, in denen Kalkconcretionen vereinzelt oder in Haufen lagen. Fast dieselbe Structur zeigten die Hydatiden, nur fehlten hier die Kalkablagerungen. Verf. glaubt daher, dass beide Gebilde in genetischem Zusammenhange standen.

J. Maklezow: «Zur Frage über die Durchdringlichkeit der Darmwand für Bakterien bei Darmverschliessung». (Nr. 10).

Vorläufige Mittheilung.

Verf. experimentirte an Kaninchen, mit künstlich hervorgebrachter Darmverschliessung. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind folgende: Die Darmwand ist schon bei nervöser Hyperämie derselben für Bakterien durchdringlich. Eine 22-stündige Sistirung der freien Bewegung des Darminhaltes genügt vollkommen für das Durchdringen der Bakterien durch die Darmwand. Opium verlangsamt bei künstlich hervorgebrachter Darmverschliessung das Durchdringen der Bakterien durch die Darmwand, Ricinusöl beschleunigt dasselbe.

W. Demitsch: «Die japanische Wärmeflasche». (Nr. 10 und 11).

Diese besteht aus einer Blechbüchse und einem in dieselbe hineinzulegendem Päckchen Kohlenpulver. Angezündet, brennt solch' ein Päckchen 3—4 Stunden und erwärmt die Wände der Büchse bis 70—80° C. Durch ihre stundenlang anhaltende, gleichmässige Wärme wirkt die japanische Wärmeflasche local schmerzstillend bei Darmkoliken, croupöser Pneumonie, Entzündungen des Blinddarms etc.

A. Rubel: «Ueber die Behandlung der croupösen Pneumonie mit grossen Dosen Digitalis nach der Methode von Petrescu». (Nr. 11).

Auf Grund einiger von ihm selbst beobachteten Fälle und eingehenden Studiums der betreffenden Literatur kommt Verf. zum Schlusse, dass diese Behandlungsmethode nicht nur keine gute Resultate giebt, sondern in vielen Fällen direkten, zuweilen sogar lebensgefährlichen Schaden verursacht; er räth daher dieselbe baldmöglichst der vollkommenen Vergessenheit zu übergeben.

D. Lawrow: «Ueber den Chemismus der peptischen und tryptischen Verdauung der Albuminate». (Nr. 11).

Vorläufige Mittheilung.

A. Sakiew: «4 Fälle von Geschwülsten der Lungen». (Nr. 12).

In allen 4 Fällen handelte es sich um primären Lungenkrebs der oberen (2 Mal des linken, 2 Mal des rechten) Lappens bei älteren Personen (über 40 Jahren). 3 derselben sind zur Section gekommen. Der Verlauf war in allen Fällen afebril. In 2 bestand auf der erkrankten Seite Oedem im Gesichte, an der Brustwand und in einem Arme, durch Druck der Geschwulst auf die obere Hohlvene oder einen Hauptstamm derselben bewirkt. Die subcutanen Venen erschienen an den genannten Stellen erweitert und geschlängelt. Der Auswurf war in einem Falle ziegelfarbig, in einem anderen bestand leichte Haemoptoe. In einem Falle war die

Supraclaviculargrube vorgetrieben. Die physikalische Untersuchung ergab Dämpfung, Bronchialathmen, keine Rasselgeräusche. Bei allen Patienten bildete sich allmählich die bekannte Krebskachexie aus.

B. Fratkin: «Mola hydatitosa destruens». (Nr. 12).

J. Markow: «Neuralgia ophthalmica». (Nr. 12).

Man versteht darunter, bekanntlich, eine Neuralgie der vom Ganglion ciliare stammenden Ciliarnerven und der Nervi supra- et infraorbitalis des Trigeminus. Sie sind am häufigsten «rheumatische» oder Malaria-Neuralgien. Die Schmerzen, die sehr hochgradig werden können, localisiren sich hauptsächlich im Arcus supraorbitalis, den Augenlidern und Augapfel, strahlen aber von hier auch in die ganze betreffende Kopfhälfte aus; ausserdem bestehen Hyperämie der Conjunctiva palpebrarum, Lichtscheu, Thränenfluss und Blepharospasmus. Die Schmerzen werden am besten durch Cyankalium und Chinin sofort zum Schwinden gebracht. Ersteres wird in warmer $^1/_3$—$^1/_2$ Proc. Lösung angewendet, von der 5—10 Tropfen in das weit geöffnete Auge eingeträpfelt werden. Die Lösung muss aber frisch bereitet sein, in dunkler Flasche und in kühlem Orte aufbewahrt werden; sobald dieselbe den charakteristischen Geruch verloren hat, ist sie unwirksam. Das Chinin wird in 1 Proc. ohne Säure hergestellter Lösung in derselben Weise angewandt, noch besser aber zusammen mit Morphium: Chinin muriat. 0,1, Morphium muriat. 0,05, Aq. dest. 10,0. Wenn $^1/_4$ Stunde nach dem Einträpfeln die Schmerzen noch vorhanden sind, so muss dasselbe wiederholt werden.

S. Cholmogorow: «Zerreissung der Schamfuge während der Geburt». (Nr. 12).

38-jährige Erstgebärende. 1. Hinterhauptlage. Becken — normal. Da 2 Stunden nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes die Wehen ganz aufhörten und die Herztöne des Kindes schwächer wurden, wurde die Zange an den in der Beckenenge stehenden Kopf angelegt; es wurden nur 5 leichte Tractionen ausgeführt; beim Heben der Zangengriffe wurde ein Krachen wahrgenommen. Das Kind ist lebend geboren, 15 Minuten darauf wurde auch die Placenta spontan geboren. Nach der Geburt des Kindes klagte die Wöchnerin über Schmerzen in der Gegend der Symphyse, die bei jeder Bewegung der Beine, besonders aber bei Rotation derselben nach aussen stärker wurden. Bei der Untersuchung wurde das Gelenk auf $3^1/_2$ cm. klaffend gefunden; Ruptur der Schleimhaut am introitus vaginae unter der Clitoris, und der Urethra bis zur Blase; Hüftkreuzbeingelenke intact. Es wurden Beckenbinden angelegt. Allmählich bildete sich eine straffe bindegewebige Verwachsung der Knochenenden.

M. Sacher.

Westnik obstschestwennoj gigijeni sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 1—4 Incl. 1897.

F. Erissmann und B. Ostroglasow: «Zur Frage über die beste Lichtvertheilung bei künstlicher Beleuchtung der Schulzimmern». (Nr. 1).

N. Kisselew: Ueber den Einfluss früher Ehen auf die Gesundheit der Frauen und die von ihnen geborenen Kinder». (Nr. 2).

Das Eintreten in die Ehe ist nach dem russischen Gesetze den Frauen erst nach dem 16. Lebensjahre gestattet; für die Einwohnerinnen des Kaukasus, die sich viel früher geschlechtlich entwickeln sollen, macht das Gesetz eine Ausnahme und gestattet denselben das Eintreten in die Ehe schon nach dem 13. Lebensjahre. Verf. versucht in seiner Arbeit klarzulegen, in wie weit diese Ausnahme des Gesetzes berechtigt ist und bediente sich dazu der statistischen Angaben vieler kaukasischer Aerzte, welche etwa 2400 Fälle betreffen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Die Menses beginnen bei den Einwohnerinnen des Kaukasus durchschnittlich im Alter von 14,24 Jahren; bei den früh Verheiratheten tritt die erste Geburt viel später ein und ist die Zwischenzeit zwischen den folgenden Geburten viel länger, als bei den im reifen Alter Verheiratheten; letztere zeigen auch eine grössere Fruchtbarkeit. Die Zahl der «normalen» Geburten ist bei beiden Gruppen die gleiche. Im weiteren Leben sind die früh Verheiratheten kränklicher. Gegen alle Erwartungen ist die Zahl und Lebensfähigkeit der von den im unreifen Alter verheiratheten Müttern stammenden Kinder eine grössere.

M. Poletika: «Ueber die Pest». (Nr. 2).

N. Brusjanin: «Ueber die Eigenschaften des Newawassers». (Nr. 2).

Auf Grund der vorhandenen Untersuchungen des Newawassers und des Wassers des Ladogasees kommt Verf. zum Schlusse, dass dasselbe seiner chemischen Zusammensetzung und Eigenschaften nach zur Wasserversorgung vollkommen geeignet ist, nur wird dasselbe an dem Orte, an dem es die Stadt entnimmt, verunreinigt.

M. Kozyn: «Die Milch und Milchproducte in Moskau». (Nr. 3).

S. Ippolitow: «Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie in einigen Gegenden Russlands». (Nr. 4).

Nach den Berichten des Medicinal-Departements zusammengestellte statistische Tabellen, aus den zu ersehen ist, dass die Mortalität bei Diphtherie in Russland in den Jahren 1887 bis 1894 zwischen 31% und 38% schwankte; schon im ersten Jahre nach der Einführung des Serums (1895) sank das Mortalitäts-% auf 22. Ausserdem ist es dem Verfasser gelungen genauere Nachrichten über 43,552 Diphtheriefälle zu erhalten, die in den Jahren 1895—96 mit Serum behandelt wurden. Von diesen starben 5231 = 12% Mortalität. Bei 14540 Fällen wird auch der Krankheitstag angegeben, an dem die Injection gemacht wurde. Die Resultate sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

	1. Tag.	2. Tag.	3. Tag.	4. Tag.	5 Tag.	Nach d. 5. Tage.
Behandelt	1182	6230	4256	1723	672	477
Gestorben	45	552	816	474	210	145
Mortalitäts-%	3,8	8,9	19,2	27,5	31,3	30,4

Nach dem Alter:

	0—5 J.	5—10 J.	10—15 J.	Nach d 15J.
Behandelt	3598	3896	2275	905
Gestorben	798	697	217	41
Mortalitäts-%	22,2	17,9	9,5	4,5

J. Irevassowsky: «Ein gerichtlich-medicinischer Fall von Prolaps der Urethralschleimhaut». (Nr. 4).

Es handelte sich um ein 6-jähriges Mädchen, bei dem der Prolaps ohne nachweisbare Ursache entstanden war. Von den Eltern des Kindes aber wurde Schändung desselben vermuthet und eine diesbezügliche Klage eingereicht. Durch genaue Erwägungen aller Umstände ist es dem Verf. gelungen nachzuweisen, dass eine Schändung des Kindes nicht stattgefunden hate.

Sacher.

Westnik Oftalmologii. Januar—April 1897.

A. Schimanowsky: «Ueber pulsirenden Exophthalmos».

Frau 52 a. n. Nach einem Fall, bei welchem der Kopf beschädigt wurde, Blutung aus der Nase, trat Exophthalmus und Doppelsehen auf. Das linke Auge ist nach vorne und unten — aussen verlagert. Bewegungen des Augapfels conform der Pulswelle. Das Auge lässt sich zurückdrücken. Die vena angularis verbreitet, und an der Stelle, wo sich dieselbe mit der vena frontalis vereinigt sieht man eine pulsirende und zitternde Erweiterung des Gefässes. Im oberen Theile des inneren Orbitalwinkels sieht und fühlt man eine elastische Geschwulst, deren hinterer Theil sich in die Orbita senkt während vorn die Geschwulst durch einen zitternden Strang mit der vena angularis verbunden ist. Die Geschwulst pulsirt gleichzeitig mit der Herzarbeit. Drückt man die Geschwulst zusammen so hört Pulsiren und Erweiterung der vena angularis auf. Bei Druck auf die linke Arteria carotis com. hören alle Pulsationen auf, die Geschwulst verkleinert sich und das Auge lässt sich reponiren. An den Gefässen des Augapfels waren keinerlei Veränderungen. S. unterband die Arteria carotis communis sinistra im Trigonum caroticum. Erfolg anfangs recht befriedigend, nach ca. 3 Monaten schrieb die Patientin, dass das Auge wiederum vortrete und die sonstigen Beschwerden auch nicht ganz schwinden wollen.

K. Laurenti: «Zur Theorie der Bewegung der skiaskopischen Schatten».

Beschreibung eines Apparates, an welchem die verschiedensten Refractionsgrade nachgeahmt werden können, und an welchem sich die Bewegung des Schattens etc. gut studiren lässt.

K. A. Joelson: «Ueber Veränderungen des Auges bei Akromegalie».

Pat. 36 J. a., Schneider. Das Leiden begann vor 5 Jahren **mit** Kopfschmerzen, Verunstaltung der Gesichtszüge, Verdickung der Hände und Handgelenke sowie der Füsse, darnach Abnahme des Sehvermögens und Gehörs, Gedächtnissschwäche, Schlafsucht, allgemeine Schwäche und Arbeitsunfähigkeit. Status pr. der Augen: leichter Exophthalmos des rechten Auges. Die schlaffen leicht ödematösen Lider bedecken beide Augen. Augenschleimhaut sehr anämisch. Pupille rechts weiter; beiderseits träge Pupillarreaction. Visus rechts Finger in 5 Fuss, links = ⅓. Gesichtsfeld links beschränkt. Farben rechts fehlerhaft für grün. Mit dem Augenspiegel rechts Atrophia n. optici zu constatiren, links temporale Hälfte der Papille abgeblasst.

A. A. Maklakow: «Primärer Krebs der Bindehaut».

Mann von 60 J. Links kann das Lid nicht vollständig gehoben werden und steht vom Augapfel ab. Durch das Lid ist eine flach aufsitzende härtliche Geschwulst fühlbar. Die Lidhaut verschieblich. Hautvenen stark verbreitert. Die Geschwulst erstrekt sich fast auf das ganze obere Lid, ist von der Bindehautseite her höckerig und von grauer Farbe mit einzelnen gelblichen Flecken. Zur Uebergangsfalte hin bedeckt normale Schleimhaut die Geschwulst, nach unten hin zum Lidrande ist die Geschwulst geschwürig. Zum äusseren Lidwinkel hin ist die Bindehaut bedeckt mit gestielt aufsitzenden pilzförmigen leicht blutenden grün-röthlichen Wucherungen. Exstirpation der Geschwulst von der Conjunctiva her. Es blieb vom Lide nur die Haut, ein Theil des Lidrandes und Muskeltheile zurück. Auf die Wundfläche — das Lid verblieb in ectropionirter Stellung — wurde ein gestielter Hautlappen von der Schläfe her verpflanzt. Nach einigen Tagen Abtrennung der Brücke und Reposition des Lides. Heilung gut. Die microscopische Untersuchung ergab einen typischen Alveolarkrebs mit zahlreichen Mastzellen.

F. Ewezky. «Cyclitis nach Impfung mit recurrens Blut, beobachtet an einem Affen (Macacus nemistrinus)».

Zum Zwecke des Studiums der Serumtherapie waren dem Affen einige Tropfen Blut eines an Recurrens leidenden Menschen eingeimpft worden. Zwei Tage darnach liessen sich im Blute des Affen Spirillen nachweisen und die Temperatur stieg am 5. Tage bis auf 40,1. Das Auge erkrankte am 20. Tage nach der Impfung. Bei mässiger Injection fand sich in der vorderen Kammer ein leichtes Exsudat, sowie Beschläge auf der Descemetii — sonst nichts. E. meint, es sei eine seröse Cyclitis gewesen. Bei Atropingebrauch war in 10 Tagen wiederum Alles gut.

W. Belilowsky. «Bericht über seine augenärztliche Thätigkeit vom 1 November 1895 bis 1. November 1896 in Sosnowka, Gouv. Tambow».

1083 Patienten. Trachom 236. Glaucoma 29. Lens 105. Cataractoperationen 61. Iridectomien 30. Trachom operativ behandelt 187 Mal. Lidoperation, Jaesche-Arlt 6, (auffallend wenig!). Bei der Behandlung des Trachoms empfiehlt er die Sozojodolpräparate. Subconjunctivale Injectionen gaben unsichere Resultate

A. Agababow: «Zur Aetiologie der spontanen wiederholten Blutungen im Innern des Auges».

Drei Fälle bei Wechselfieber. Im ersten Falle — 33 j. Mann — Blutungen im Glaskörper und in der vorderen Kammer. Das Auge wurde schliesslich phthisisch, schmerzhaft und musste entfernt werden. Im zweiten und dritten Falle, Frauen von 27 und 52 Jahren, traten wiederholte Blutungen in der Netzhaut auf.

M. B. Kohan. «Zur Operation des Entropium's».

Zwei verticale Schnitte durchtrennen das ganze Lid 3—4 mm. hoch, der eine am äusseren Lidwinkel, der andere am inneren Lidwinkel mit Schonung des oberen. Thränenpunktes Dann wird parallel zum Lidrande von der Conjunctiva her 2—3 mm vom Lidsaum der Knorpel durchschnitten. Es ist somit ein dem Lidrande entsprechender schmaler, nach oben hin frei heraufzuklappender Streifen geschnitten worden. Durch vier Nähte wird dieser Streifen so hoch heraufgedreht, dass die Lidhaare vollständig nach oben gerichtet stehen. Je drei Nähte in horizontaler Richtung für die verticalen Seitenschnitte. Ausschnitte aus der äusseren Lidhaut sind nicht erforderlich.

J. A. Debogori-Mokriewitsch: «Ueber. die Anwendung von Gummi-Platten, Gummi-Pincetten und Gummi-Stiften bei der Behandlung des Trachom's».

Er empfiehlt das Ausquetschen der Trachomkörner mit obigen Instrumenten, weil weniger verletzend. Die Walzen der Knapp'schen Zange hat er ebenfalls durch Gummi ersetzt. Die Gummi-Stifte gebraucht er, um die Trachomkörner herauszureiben sowie zur Massage.

J. Tikanadse. «Einige Fälle aus der augenärztlichen Praxis».

1) Keratitis superficialis bei Sumpffieber. 2) Ein Fall von Herpes Zoster ophtalmicus. 3) Ein Fall von Tuberkulose der Thränendrüse. Ein 15 j. Mädchen mit hochgradig scrophulösem Habitus. Im käsigen Eiter der eröffneten Thränendrüse fanden sich Koch'sche Bacillen. 4) 2 Fälle chronischer Dacryocystitis in Abhängigkeit von Nasenleiden, Polypen.

J. Markow: «Ein Fall von Embolie des dritten Astes der Arteria cerebralis posterior».

Frau von 50 J. Ausser einer Hemianopsia sinistra keinerlei Hirnsymptome. Chronischer Gelenkrheumatismus. Arteriosclerosis. Mitralstenose, chronische Pharyngotracheitis.

G—n.

Medicina Nr. 43—48 1896. Nr. 1—3. 897.

A. Smakowsky. «Ein Fall von Gangräna penis mit ungewöhnlicher Aetiologie». (Nr. 43.)

Beim 67-jährigen Patienten hatte sich bereits seit längerer Zeit ein über den Penis gezogener Metallring als zuverlässiges Adjuvans zur Hervorbringung und Erhaltung von Erectionen bewährt; das letzte Mal aber war er bei dieser Manipulation gestört worden und genöthigt eine Stunde lang schwere Arbeit zu verrichten, so dass ein darauf angestellter Versuch, den Ring über den angeschwollenen und blauschwarz verfärbten Penis zu ziehen misslang. Da nun bald auch das Uriniren erschwert wurde, führte der erfindungsreiche Patient einen Strohhalm in die Harnröhre ein und liess ihn dort als Katheter à demeure liegen. Autor sah den Patienten nach einiger Zeit und amputirte den gangränösen Penis im oberen Drittel. Heilung per primam.

S. Werner. «Ueber die Behandlung des Trippers». (Nr. 43, 44.)

Uebersetzung aus den Monatsheften f. prakt. Dermatologie.

C. Pariser. «Die Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi». (Nr. 44, 45.)

Uebersetzung aus der Allg. med. Centralzeitung.

J. Sapira. «Reine Mitralstenose». (46—48.)

Referirende Arbeit über die, namentlich in der französischen Literatur (Duroziez, Grasset) niedergelegten Anschauungen.

M. Feodossjew. «Ein Fall von Hyperpyrexie bei Pneumonia crouposa». (Nr. 1.)

Autor beobachtete obige Erscheinung bei einem 9 jährigen Mädchen, das nach Masern, denen eine 5 Tage dauernde fiebernde Periode gefolgt war, an typischer croupöser Pneumonie erkrankte. Während 5 Tage betrug die Körpertemperatur gegen Abend über 41° (bis 41,7°) Am neunten Tage erfolgte die Krise. Autor nimmt an, dass die hohen Temperaturen dadurch bedingt wurden, dass die Pneumonie den durch die Masern bereits geschwächten Organismus befiel und dieser daher auf ungewöhnliche Weise gegen die neue Infection ankämpfen musste.

N. Krylow. «Bericht über die chirurgische Thätigkeit im Kemez'schen Landhospital». (Nr. 2.)

Vom 15. September 1895 bis 15. September 1896 wurden 61 Operationen ausgeführt bei einer Zahl von 13 Betten, darunter 5 Herniotomien nach Kocher, 3 Laparotomien (1 Todesfall bei Darmverschlingung), 2 Kniegelenkresectionen (nach Textor), 1 Sectio alta (wegen Blasenstein). Zur Narkose wurde theils Aether, theils Chloroform-Aether mit Injection einer Morphium-Atropinlösung verwandt.

Gr. Stewart. «Zur Behandlung der Herzschwäche». (Nr. 2, 3.)
Uebersetzung aus der Therap. Wochenschrift.
«Zur Frage der Verbesserung der kaukasischen Mineralbäder». (Nr. 3.)

Betrachtungen über das bis jetzt ausgeübte und wenig bewährte System der Verwaltung der Bäder, die seit 1885 in Hände der Regierung übergegangen sind und für Administration und Exploatation allein beinahe 2 Millionen Rbl. beanspruchten. Autor wendet sich speciell gegen die von Technikern aufgestellten Kostenanschläge und Verbesserungspläne

und möchte eine stärkere Vertretung des ärztlichen Standes in der Verwaltung und in der neuerdings niedergesetzten Commission, die über Veränderung in der Exploatation berathen soll, wünschen.

E. Gurin. «Die Aufgaben und Recepte für die Behandlung der Bubonenpest». (Nr. 4, 5.)

Nach Meinung des Autors, dessen originellen Anschauungen wir bereits mehrfach in der «Medicina» begegnet sind läuft die Behandlung der Pest, ebenso wie die der anderen Infectionskrankheiten, dahin hinaus, möglichst «vielseitig» den erkrankten Organismus zu desinficiren. Uebrigens stimmen wir mit dem Verfasser überein, wenn er an einer Stelle sagt, dass «das Hauptstigma für Arzt und Patienten die Heilkräfte der Natur sein sollen, die nicht nur solche retten, die von allen verlassen und vom Arzt als Todeskandidaten aufgegeben sind, sondern sogar solche, die nie den Arzt gesehen». Zur Vorbeugung der Ansteckung räth Verfasser kleinere Gaben Natrium salicyl., Chinin, Salol, Benzonaphthol zu nehmen. Bei Beginn der Erkrankung soll zuerst der Darmkanal mit Calomel, Benzonaphthol, Ol. Ricini gereinigt werden, dann sollen obige Desinficientien in grösseren Gaben folgen. Die Bubonen werden mit Kompressen (z. B. aus Phenol 1,0—3,0, Ol. Zinnam. 10,0, Ol. Thymi 5,0, Ol. Camphor. 50—100,0 und ähnlichen Zusammensetzungen) oder mit parenchymatösen Injectionen (z. B. mit folgender Lösung: Phenoli 0,1—1,0, Hydrarg. bichlor. 0,005—0,01, Ammonii chlorati 0,1—0,3, Aq. dest. 10,0) mehrere Spritzen in einigen Stunden, behandelt. Daneben werden Analeptica und Antifebrilia anzuordnen. Von den Yersin'schen Seruminjectionen hält Verfasser wenig.

Aus obigem geht wohl nur hervor, dass G. vorläufig weder einen Pestkranken gesehen, geschweige denn behandelt hat.

Roux. «Ueber die Beulenpest und ihre Serumtherapie». (Nr. 4, 5.)

Uebersetzung aus dem Bul. méd. Nr. 8.

Boas. «Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten». (Nr. 5, 6, 10.)

Uebersetzung von L. Aichenwald

W. Zarubin. «Pityriasis rosae (Gibert)». (Nr. 6, 7.)

Nach Erwähnung der Literatur führt Verfasser aus eigener Praxis 2 Fälle von Pityriasis rosea und 2 Fälle von Trichophytia cutanea an, die mit ersterer Erkrankung von einigen Autoren identificirt wird. Doch gelang es in beiden letzteren Fällen den specifischen Krankheitserreger Trichophyton tonsurans zu finden, während bei den ersten Kranken ein Pilz in den Hautschuppen fehlte. Auf Grund dieses mikroscopischen Befundes hält Verfasser die Pityriasis rosea für eine nicht parasitäre Erkrankung, die nichts gemeinsames mit der Trichophytia auch im klinischen Verlauf bietet und verspricht, noch genauer auf den mikroscopischen resp. bakteriologischen Befund einzugehen.

Prof. Kraepelin. «Die Hygiene der Arbeit». (Nr. 7, 8, 9, 10.) Uebersetzung von L. Orschansky.

Prof. Rosenbach: «Allgemeine Therapie der Herzkrankheiten». (Nr. 8, 11.) Uebersetzung von J. Kaplan.

A. Tietzner. «Ueber periodische balneologische Kongresse in Russland». (Nr. 9.)

Verfasser plaidirt für alljährliche balneologische Kongresse, wie sie in Deutschland stattfinden, deren Aufgabe es wäre, die zahlreichen Bedürfnisse unserer Kurorte aufzuklären und die Mittel zu ihrer Befriedigung ausfindig zu machen. Die Initiative müsste von der balneologischen Section der «Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» ausgehen.

J. Rudnitzky. «Zwei Fälle von Abdominaltyphus». (Nr. 10, 11.)

Beide Patienten, die zusammen wohnten, erkrankten zu gleicher Zeit, wie Autor annimmt, durch ein und dieselbe Typhuskultur. Als Beweis hierfür gilt ihm die Congruenz der klinischen Erscheinungen, hervorgebracht durch denselben Entwickelungscyclus der Typhusbacillen.

Weyert.

Medicinskoje obosrenje. 1897. März, April.

Pl. Tichow. «Ueber die electrolytische Behandlung der fibrösen Polypen im Nasenrachenraum».

2 Fälle. 1) 18-jähriger Bauer erkrankte im Herbst 1894 an recidivirendem Nasenbluten, die zuweilen mit Ohnmachtsanwandlungen einhergingen. Die Blutung kam aus der linken Nasenhälfte. Es entwickelte sich in derselben eine rasch wachsende Geschwulst, die bald die ganze Mundhöhle bis zur Zahnreihe ausfüllte. Wegen zunehmender Stenose musste die Tracheotomie (superior) ausgeführt werden. Der Tumor wurde später electrolytisch behandelt und zwar mit dem constanten Strom von 5—20 Elementen. Die eine Platinnadel wurde in den nasalen Theil des Tumors eingestochen, die zweite in den oralen. Die Electrisation wurde täglich ausgeführt, Sitzungsdauer 10—20 Minuten. Schon nach der 3. Sitzung konnte Verfasser eine Verkleinerung des oralen Theils der Geschwulst constatiren. Von der Einstichsstelle aus bildete sich eine Nekrose, die immer mehr nach der Tiefe um sich griff. Nach der 25. Sitzung war die Mundhöhle ganz frei. Wegen der Schwierigkeit die Nadel in den weichen Gaumen zu stechen und der starken Schmerzhaftigkeit wurde dann die Electrisation ausgesetzt und die Exstirpation der Tumorreste nach der Ollier'schen Methode der temporären Nasenresection vorgenommen. Völlige Heilung. Der zweite Fall war dem ersten in dem eclatanten Erfolge des constanten Stromes ähnlich. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: 1) In verschleppten Fällen von Nasen-Rachenpolypen, namentlich in Fällen, wo der operative Eingriff wegen des schlechten Allgemeinzustandes contraindicirt ist, bringt die electrolytische Behandlung grossen Nutzen, weil der Tumor verkleinert werden kann, und die Patienten Zeit zur Erholung gewinnen, um den operativen Eingriff leicht zu ertragen. 2) Die Ollier'sche Operationsmethode ist auch für breit aufsitzende Polypen die zweckmässigste.

W. P. Strachow. «Ueber die Operationsmethoden bei Leberechinokokkus».

Auf Grund von literarischen Studien und seiner eigenen Erfahrungen stellt S. folgende Thesen auf: 1) Die Eröffnung der Bauchhöhle behufs Blutstillung bei Leberwunden oder behufs Exstirpation von Lebertumoren ist bei dem heutigen Stande der Chirurgie direkt indicirt. 2) Die Leberblutung kann gestillt werden am besten durch tiefe Nähte, Unterbindungen, Tamponade und Cauterisation. 3) Bei Exstirpation von vereiterten Echinokokkusblasen muss die Bauchhöhle, breit geöffnet werden. 4) Kleine und oberflächliche abgesackte Lebertumoren können ausgeschält werden; nach der Exstirpation muss für völlige Blutstillung und exacte Aneinanderlegung der Wände mittels Nähte gesorgt werden. 5) Bei gestielten Tumoren muss man zunächst den Stiel unterbinden und dann den Tumor exstirpiren. 6) Bei grossen cystischen Tumoren und bei engem Operationsfeld soll man nach Billroth operiren.

Jarussow. «Klinische Beobachtungen über Diabetes mellitus».

Verfasser analysirt eingehend 2 Fälle von Diabetes mellitus, die zur Section gekommen waren; der erste gehörte nicht zur Kategorie der schweren Fälle, die Glycosurie, die Polydipsie und Polyurie waren mässig ausgesprochen; mehr, als die Hälfte der eingeführten Kohlehydrate kamen zur Ausnutzung, die Intensität des Stickstoff-Stoffwechsels hielt sich in normalen Grenzen, die Nahrungsstoffe wurden im Allgemeinen gut ausgenutzt. Bei der Section fand J. einen Solitärtuberkel im 4 Ventrikel (zu Lebzeiten keine daraufhin deutende Symptome) die Bauchspeicheldrüse war ganz normal. Der 2. Fall gehörte zu den schweren Formen: starke Glycosurie und Polyurie, der Zucker im Urin wurde theilweise von den eingeführten Eiweissstoffen oder sogar vom Organeiweiss gebildet, die Intensität des N-Stoffwechsels stark erhöht. Bei der Section fanden sich im ganzen Nervensystem absolut keine pathologische Processe; dagegen constatirte Verf. im Pancreas eine fettige Degeneration der Zellelemente und bindegewebige Wucherung, namentlich in der Umgebung der Gefässe und der Drüsenacini. Verfasser versucht die Symptome bei den verschiedenen Formen des Diabetes zu gruppiren um diagnostische Merkmale für den pankreatischen und den nervösen Diabetes aufzustellen, kommt jedoch zu dem Resultate, das bis jetzt eine klinische Differenzialdiagnose noch nicht möglich sei. Interessant sind die Versuche des Verf. mit dem Pankreatin bei dem schweren Falle von Diabetes mellitus. Es wurde verabfolgt: in den ersten 3 Tagen 2 Mal täglich à 0,5, in den 3 folgenden Tagen 2 Mal täglich à 1,0. Das Resultat war, dass die Ausnutzung der Eiweissstoffe und Fette eine grössere war, die Glycosurie sich verringerte.

W. Potejenko. «Ueber die Wirkung des Extractum Chelidonii majoris bei Krebsgeschwülsten».

Die Beobachtungen des Verf. beziehen sich auf 6 Fälle (4 Fälle von Carcinom der inneren Organe, 2 Fälle von Hautkrebs), er glaubt, dass im Chelidonium wirklich eine Substanz vorhanden sein könne, die zerstörend auf Tumormassen wirkt, doch müsse dieselbe erst isolirt werden. Bei den Carcinomen der inneren Organe hat das Extract insofern einen Einfluss, als es die Thätigkeit der Verdauungsorgane fördert, ohne jedoch auf den Tumor zu wirken. Bei den Hautcarcinomen ist nach Verf. eine direkte Beeinflussung des Extractes auf den Tumor ohne Zweifel zu constatiren.

A. Kablukow. «Zur Casuistik der Nierenchirurgie»: 2 Fälle von Nephrektomie nach der lumbalen Methode». (Nr. 4.)

A. Sacharow. «Ein Fall von Resection der Samen-Ausführungsgänge bei Prostatahypertrophie». (Nr. 4.)

Verfasser beschreibt einen Fall von Hypertrophie der Vorsteherdrüse, die mittels der Helferich'schen Methode zum Schwinden gebracht wurde und empfiehlt diese Methode, als die beste und am wenigsten eingreifende.

M. Werzinski. «Ein Fall von Akromegalie».

N. Winogradow. «Zur Casuistik der malignen Neubildungen im frühen Kindesalter».

Bei einem zweimonatlichen Kinde constatirte Verf. in der rechten Halshälfte eine Geschwulst. die als ein Cystoma colli angenommen werden musste. Bei der Section erwies sich der Tumor, als ein congenitales Angiosarcom (angiosarcoma globo-parvi-cellulare). Metastasen waren nirgends zu constatiren.

A. Kissel. «Ueber die Ehrlich'sche Reaction».

Verf. hat bei 269 Kindern die Reaction geprüft, seine Resultate sind: 1) Charakteristisch für die Reaction ist nicht nur die rothe Färbung des Urins, sondern auch die Bildung des grauen Niederschlages. 2) Fälle von Abdominaltyphus ohne Ehrlich'sche Reaction sind selten. 3) Bei fibrinöser Pneumonie und bei Tuberkulose ist die Reaction selten anzutreffen, und was die Hauptsache ist, sie ist bei diesen Erkrankungen keineswegs constant. 4) In der Mehrzahl der Fälle ist die Intensität der Reaction beim Typhus abhängig von der Intensität der Erkrankung. 5) Eine Abschwächung der Reaction kann als Zeichen einer baldigen Genesung gelten. 6) Die Recidive zeigen ein Wiederauftreten der Reaction. 7) Die Diagnose des Typhus bei ganz kleinen Kindern wird durch die Ausführung der Reaction erleichtert.

W. Ssawanewski. «Ein Fall von künstlicher Frühgeburt bei einem allgemein verengten Becken».

E. Maljutin. «3 Fälle von vollständiger Heilung der Aphonie mittels des Kammertons».

Die Methode des Verfassers besteht darin, dass der normalen Stimme des Kranken (oder um 1—2 Octaven niedrigerer) entsprechender Kammerton auf die Brust gesetzt wird, und der Patient angehalten wird zu phoniren. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Stimmbandlähmung nach einer Vergiftung mit Salmiak (höchstwahrscheinlich eine unter dem Einflusse des Affectes entstandene Neurose). Nach 6 Sitzungen kehrte die Stimme zurück. Im 5. Falle handelte es sich um einen 9-jährigen Jungen, der seit einigen Jahren an völliger Aphonie litt und lange Zeit mittels Massage und Electricität ohne Resultate behandelt worden war. Die Ursache der Stimmbandlähmung war nicht genau zu eruiren, im 5. Lebensjahre machte er eine Diphtherie durch und seit dem blieb er aphonisch, obgleich die Stimme für einige Zeit zuweilen zurückkehrte. Die Behandlung geschah mit dem Kammerton h in verschiedenen Octaven, tägliche Sitzungen binnen 10 Minuten, völlige Heilung in einem Monate. Im 3. Falle einem 13-jährigen Mädchen, bestand Aphonie wegen Recurrensparalyse (wahrscheinlich auch nach Diphtherie), auch hier völlige Wiederherstellung der Stimme.

E. Anitschkow-Platonow. «Ueber die in der Mundhöhle von verschiedenen Kranken vorhandenen Mikroorganismen».

Verfasser hat seine Beobachtungen an dem grossen Material des Petersburger Alexanderhospitals und des Moskauer Militärhospitals angestellt; es wurden Patienten untersucht, die an Bronchitis, Magen-Darmcatarrh, Angina, Gelenk- und Muskelrheumatismus, Nephritis, Icterus, Malaria laborirten. Bei mit Angina behafteten Kranken fand A. trotz der Anwendung von desinficirenden Gargarismen eine beträchtliche Menge von Mikroben — was darauf hinweist, dass die gebräuchlichen Gargarismen verstärkt werden müssen. Sehr gross war die Zahl der Mikroben in der Mundhöhle bei Bronchitikern, vielleicht in Folge von Verunreinigung durch die expectorirten Sputa. Verfasser konnte feststellen, dass bei allen Kranken nach Aufnahme von Nahrung und Getränken die Zahl der Mikroben sich verringerte, ebenso sank die Menge der Mikroben in den Abendstunden. Mit Hülfe von Thierexperimenten constatirte Verf. in dem Mundspeichel der Kranken die Arten der pathogenen Mikroben, namentlich die Häufigkeit der pyogenen Kokken, der Tuberkelbacillen, der Pneumodiplokokken, der Pneumodiplobacillen und der Eberth'schen Bacillen. Am häufigsten fanden sich pyogene Kokken bei Anginösen, dann bei Skorbutikern, bei Kranken mit chronischer Pneumonie und mit Adenie an verschiedenen Körperregionen. Prävalirend war hier der Streptokokkus. Die Bestimmung des Tuberkelbacillus geschah mit Hülfe von Ueberimpfen des Speichels auf Meerschweinchen. Unter 16 Fällen von chronischer Pneumonie fielen in 3 Fällen die diesbezüglichen Versuche positiv aus. Parallele Experimente bei Influenza, Pleuritis, Bronchitis ergaben ein negatives Resultat. Bei 12 Personen, die einige Monate vorher Typhus durchgemacht hatten, untersuchte Verf. den Speichel auf die Anwesenheit des Typhusbacillus, — Resultat negativ. — Am häufigsten fand Verf. verschiedene Arten von Saprophyten: bac. subtilis, bac. fluorescens, bac. luteus; cladotrix dichothoma etc.

Abelmann.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sbornyku (November—December 1896, Januar, Februar 1897).

N. Kirikow: «Die Weil'sche Krankheit und der epidemische Icterus.» (November, December).

Uebersicht über die Geschichte und den jetzigen Standpunkt der Autoren in betreff der Weil'schen Krankheit. Nach Meinung des Verfassers können unter der grossen Zahl fieberhafter infektiöser Icteruserkrankungen die bacilläre Form oder Weil'sche Krankheit, hervorgebracht durch den Bacillus proteus (Jäger), und die Kokkeninfectionen (Septikopyaemie), hervorgerufen durch die gewöhnlichen Eiterkokken, unterschieden werden. Klinisch lässt sich oft schwer eine Grenze zwischen leichter Form von Weil'scher Krankheit und ausgesprochenem epidemischem Icterus ziehen.

A. Tscheremschansky: «Zwei Fälle von Laparotomie im Marinehospital in Wladiwostok mit günstigem Ausgang.» (December.)

In einem Fall handelte es sich um ein papilläres Kystom beider Ovarien mit Verwachsungen und Uebergang auf den Uterus, so dass bei Entfernung der Geschwulst derselbe supravaginal amputirt wurde, im anderen Fall um ein einfaches Ovarialkystom.

E. Kieber: «Bericht über die anatomisch-pathologische Abtheilung des Marinehospitals zu Nikolajew im Jahre 1895.» (Januar 1897).

Kurzer Bericht über 56 Sectionen.

W. Aristow: «Materialien zur Weintraubenkur.» (Januar, Februar.)

Verfasser machte seine Beobachtungen bei 4 Matrosen im Marinehospital zu Sewastopol, von denen zwei an chronischem Gelenkrheumatismus, einer an syphilitischer Gelenkaffection und einer an Lungentuberkulose litt und kam im allgemeinen zu wenig erfreulichen Resultaten. Eine harntreibende Wirkung konnte nicht constatirt werden. Die Reaktion des Urins wurde allerdings obgleich auch unbedeutend, weniger sauer, was auf den grossen Gehalt an freien organischen Säuren und ihren Salzen in den Trauben zurückzuführen ist. Bei günstiger Wirkung der Traubenkur sinkt der Stickstoffumsatz und das Körpergewicht nimmt daher zu. Doch ist diese günstige Wirkung auch sehr individuell; so wird z. B. speciell bei Lungenkranken eine ungünstige Beeinflussung beobachtet. Besonders warnt A. vor Traubenkuren bei chronischem Magenkatarrh und bei Herzkranken.

M. Obesjaninow: «Versuch einer hygienischen Untersuchung der neuerbauten Kasernen der Sibirischen Flottenequipage.» (Januar, Februar).

A. Tschemolossow: «Ein Fall von doppelseitiger Fistel des Processus mastoideus.» (Januar.)

Nach beiderseitiger Otitis media purulenta chronica entstanden.

A. Uspenski: «Ein Fall von andauerndem Verweilen eines Fremdkörpers im äusseren Gehörgang.» (Januar.)

Bei einem Marineoffizier, der in der letzten Zeit weniger gut gehört hatte, wurden aus dem rechten Gehörgang 2, aus dem linken 3 Watteprröpfe entfernt, die dort circa 4 Jahre ohne Wissen des Trägers zugebracht hatten.

Weyert.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psicholog. Nr. 1—3, Januar—März 1897.

Bechterew: «Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken. (Nr. 1).

Postowski: «Zur Diagnostik der syphilitischen Psychosen». (Nr. 1. 2).

An der Hand von 3 klinisch beobachteten Fällen werden folgende Thesen aufgestellt:

1) In den klinischen Krankheitsformen, unter welchen die luetischen Psychosen auftreten können, gehören die Mania gravis und die primäre Demenz.

2) Als Merkmale der luetischen schweren Manie können dienen: a) Das Auftreten wiederholter Anfälle von transitorischer motorischer Aphasie in ihrem Anfangsstadium. b) Der während der ersten zwei Monate der Krankheit remittirende und ihr progressiver Verlauf. c) Fiebererscheinungen. d) Das Fehlen von zahlreichen Gesichts- und Gehörshallucinationen.

3) Als Hinweis auf die Specifität der primären Demenz erscheinen: eine Bewusstseinsstörung in Form von Schläfrigkeit oder Schlafsucht, sowie der schwankende Verlauf der Krankheit mit schnellem Wechsel von schweren und leichten Erscheinungen.

4) Die luetische primäre Demenz kann sich äussern durch Gedächtnissschwäche lange vor Entwickelung von schweren Gehirnsymptomen.

5) Diese Form kann Aehnlichkeit haben mit der dementen Form der progressiven Paralyse.

6) Die Hallucinationen der einzelnen Sinne ebenso wie die Hallucinationen aller Sinne bei dieser Form sind episodische Erscheinungen und hängen entweder von der Wirkung zufälliger Ursachen, wie z. B. Alcohol ab, oder sie erscheinen als zufällige Anfälle von Reizung in Abhängigkeit von dem jeweiligen Gange der anatomischen Processe, für solche muss man auch halten die episodisch auftretenden Symptome von tiefer Bewusstseinstrübung mit Delirien, Hallucinationen und Angstaffect.

7) Die syph. Psychosen sind organische Psychosen.

8) Die klinischen Erscheinungen sprechen dafür, dass ihnen meningitische und meningoencephalitische Läsionen zu Grunde liegen.

9) Bei diesen Psychosen können die meningitischen Symptome das ausgesprochene klinische Bild der gummösen Basilarmeningitis erreichen.

10) Verschlimmerungen der psychischen Symptome fallen bei ihnen mit neuen Aeusserungen der Lues auf der Körperoberfläche oder in der Schädelhöhle zusammen.

11) Bei den syph. Psychosen und den gleichzeitigen nervösen Störungen desselben Ursprungs kann Temperatursteigerung beobachtet werden mit Schüttelfrösten und Schweissen, sowohl im Beginne der Entwickelung der organischen Processe als auch bei ihrer retrograden Entwickelung unter dem Einfluss der specifischen Behandlung.

12) Alcoholmissbrauch erscheint bei diesen Psychosen als prädisponirendes Moment.

13) Die pathogenetische Diagnostik der syphilitischen Psychosen gründet sich auf der Combination folgender Daten: Vorhandensein der klinischen für diese Psychosen charakteristischen Symptome, bestimmte Entwickelung und Verlauf derselben, Vorhandensein gewisser Wechselbeziehungen zwischen ihnen und den Erscheinungen der Lues in der Schädelhöhle oder auf der Körperoberfläche, Wirksamkeitsgrade der specifischen Behandlung unter den verschiedenen therapeutischen Maassnahmen.

14) Da die syph. psychischen Störungen in ihrem Verlaufe jenes Schema einhalten, nach welchem gewöhnlich die acuten und subacuten Psychosen verlaufen, wobei diese Störungen nicht eine zufällige Gruppe von Erscheinungen, wie dies bei den Heerdläsionen des Hirns der Fall sein kann, sondern ein selbstständiges Ganzes mit für die Psychose charakteristischen Zügen bilden, so müssen sie «syphilitische Psychosen» benannt werden und müssen in der Klassification der Geisteskrankheiten einen Platz haben.

Muratow: «Angeborene doppelseitige Hirnlähmung als klinische Form». (Nr. 1—3).

Ausführliche Bearbeitung von 5 Fällen der sog. Little'schen Krankheit.

Verf. unterscheidet die Symptome in 1) Cardinale: a) Spastische Lähmung beider Unterextremitäten, wobei der Grad der Lähmung und der Rigidität bedeutende Schwankungen zeigt von vollständiger Paraplegie bis zu allgemeiner Rigidität mit kaum angedeuteten Lähmungserscheinungen. b) Das Angeborensein der Form, wobei in der Mehrzahl der Fälle mit genauer Anamnese Anomalien des Geburtsactes festgestellt werden können (Little'sche Aetiologie). c) Der regressive Verlauf. 2) Complicirende: a) Psychische Störung mit dem Charakter eines mehr weniger tiefen organischen Schwachsinns. b) Diese oder jene Zwangsbewegungen. c) Atrophien der gelähmten Muskeln. d) Anomalien der Innervation der augenbewegenden Muskeln (Nystagmus).

Pathologisch-anatomisch charakterisirt sich die Krankheit als primäre Heerdläsion der Centralwindungen beider Hemisphären in Gestalt einer diffusen Oberflächenblutung, und als secundäre Degenerationen, cerebrale wie spinale.

Als anatomische Grundlage für den Nystagmus fand Verf. in einem Falle Blutergüsse in beiden Vierhügelpaaren d. h. in den Centren der augenbewegenden Nerven. Die angeborenen Zwangsbewegungen (hemichorea und athetosis duplex) führt er auf eine Läsion der Basalganglien zurück.

Als Gesammtergebniss der klinischen und anatomischen Untersuchungen geht hervor, dass die Little'sche Krankheit eine nosologische Gruppe darstellt; ihre klinischen Verschiedenartigkeiten hängen ab von dem Unterschiede in der Localisation des Processes. Verf. neigt zur Ansicht, dass die Krankheit schon intrauterin beginnt infolge irgend einer Dyskrasie der Mutter, leugnet jedoch nicht den Einfluss einer schweren Geburt, als eines provocirenden Momentes.

Eine radicale Heilung der Krankheit ist unmöglich. Chirurgische Eingriffe am Hirn sind contraindicirt. Innerlich ist Jodkali meist von günstiger Wirkung. Warme Bäder, Massage, Gymnastik, orthopädische Maassnahmen verschiedener Art, Electricität, psychische Erziehung finden je nach dem Symptomenbilde ihre nutzbringende Anwendung.

Bechterew: «Die Furcht zu erröthen». (Nr. 1).

Epikritische Bemerkungen zu den 2 Fällen, welche Verf. in Nr. 12, 1896, dieses Journals veröffentlicht hatte, aus Anlass der von Pitres und Regis beschriebenen Erythrophobie.

Ljass: «Ambulatorischer Automatismus wahrscheinlich epileptischen Ursprungs». (Nr. 1).

Beschreibung eines Pat. mit epileptischem Dämmerzustande, dessen Dauer 55 Tage betrug und während dessen Patient einen Betrug verübte, inhaftirt und aus dem Gefängnisse in das Ssaratow'sche psychiatrische Krankenhaus übergeführt wurde.

Schuljanski: «Uebersicht über die psychiatrischen Anstalten Grossbritanniens». (Nr. 1—4).

Sehr ausführlich wiedergegebene Reisememoiren des mittlerweile verstorbenen Verf. Die Darlegung der Organisation der Irrenpflege in Schottland und England sowie die minutiöse Beschreibung der Einrichtungen einiger Musteranstalten bilden den Hauptinhalt des Aufsatzes.

Akopenko: «Der gegenwärtige Stand der Frage von den hypnotischen Verbrechen». (Nr. 1—3).

Diese Frage ist eine noch immer offene. Am wenigsten unklar sind die Verbrechen in der Hypnose. Die posthypnotischen Verbrechen erscheinen theoretisch nicht unmöglich, doch spielt die Individualität des Subjects eine so grosse Rolle, dass man vorläufig von allen Schlussfolgerungen und Verallgemeinerungen Abstand nehmen muss.

M.

Дозв. ценз. Спб. 12 Іюня 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 9 – 17.

A. Jarotzky: «Ein unmittelbar vom Herzen entworfenes Kardiogramm». (Nr. 9–11).

Autor hatte Gelegenheit bei einer 20-jährigen Patientin, deren vordere Brustwand wegen Sarkom zum Theil operativ entfernt worden war, zusammen mit dem vorderen Theil des Herzbeutels, direct am freiliegenden Herzen kardiographische Kurven aufzunehmen. Allerdings bestand eine eitrige Pericarditis und parenchymatöse Myocarditis und die Herzspitze war mit dem Pericard verwachsen. Die gewonnenen Kurven entsprachen auch im Detail den von Hürthle und Fredericq angegebenen.

W. Nikulin: «Zur Kasuistik des Abdominaltyphus». (Nr. 9).

Der 22-jährige Patient, der früher nie an Diabetes gelitten hatte, begann plötzlich während der Reconvalescenz bis zu 4 Proc. Zucker im Harn auszuscheiden. Das specifische Gewicht des Harns stieg bis 1040, seine Farbe war hell, die Tagesmenge bedeutend vermehrt, der Durst auch gesteigert. Nach ca. 3 Wochen schwand der Zucker allmählich vollkommen und war auch später nicht mehr nachzuweisen.

S. Michnow: «Ueber Retention der Eihäute in therapeutischer Beziehung». (Nr. 1–3).

Nach Ansicht des Verfassers soll die sofortige Entfernung der zurückgebliebenen Eihäute nach der Geburt unterbleiben, nur in dem Fall, dass die Gebärende septisch ist, wäre sie angezeigt. Wenn die Eihäute theilweise abgerissen sind und aus dem Muttermund in die Vagina hineinreichen, kann man versuchen sie vorsichtig mit 2 Fingern zu lösen; besonders ist dieses erwünscht aus technischen Gründen, wenn ein Dammriss vernäht werden muss. Sonst räth M. bei Retention, wenn möglich 7 Tage post partum durch Eingehen mit einem Finger die Eihäute zu lösen. Injectionen sind überflüssig. Auf den Mechanismus der Lösung und die gründliche vorhergehende Desinfection geht M. genauer ein. Sind nur geringe Reste im Uterus nachgeblieben, und ist keine Anzeige von Seiten des Zustandes der Patientin vorhanden, so brauchen dieselben nicht entfernt zu werden.

D. Ssokolow: «Versuch einer chirurgischen Therapie bei tuberkulöser Meningitis im Kindesalter». (Nr. 9–16).

Nach genauer Mittheilung der einschlägigen Literatur führt S. an, dass er, fussend auf von anderer Seite veröffentlichte glückliche chirurgische Eingriffe, in zwei Fällen von tuberkulöser und einem Fall von eitriger Meningitis die Trepanation des Schädels ausführen liess (von Dr. Anders). Allerdings mit geringem Erfolg, denn alle 3 Patienten starben bald nach der Operation. Doch glaubt Verfasser, dass der Eingriff einen, wenn auch vorübergehenden günstigen Einfluss auf die Leiden der Patienten ausgeübt habe, nebenbei auch gefahrlos sei. Am rathsamsten wäre es am tuber parietale zu trepaniren und zuerst nur die Hirnhäute zu eröffnen. Entleert sich keine Flüssigkeit, so muss der Seitenventrikel mit einem Troikart punktirt werden. Zu empfehlen wäre auch das Einblasen von Luft nach Analogie der Behandlung der Bauchfelltuberkulose, und die gleichzeitige Ausführung der Lumbalpunktion, wodurch das Durchblasen erleichtert wird.

N. Gundobin: «Die klinische Bedeutung der Leukocytose bei Diphtherie». (Nr. 10,11).

Auf Grund von genauen Blutkörperchenzählungen bei 16 Diphtheriekranken gelangte G. zum Schluss, dass der Höhe der Leukocytose nicht die Schwere des diphtheritischen Processes entspricht, sondern der allgemeine Zustand des Patienten, soweit er von der Affection der inneren Organe abhängig ist. Jede Zunahme der Leukocytose spricht für irgend eine Complication. Auch bei leichten Fällen können ausnahmsweise höhere Zahlen gefunden werden als bei schweren. Wenn der diphtheritische Process in Heilung überging, so fiel parallel der Genesung die Zahl der Leukocyten, bei schweren Fällen war dieselbe dann sogar unter die Norm gesunken. Nach Einspritzung des Serums ging die Leukocytose in einigen Fällen, die sämmtlich genasen, schon nach einigen Stunden zurück. In anderen Fällen nahmen die Leukocyten zu oder blieben auf derselben Höhe und im allgemeinen konnte das als ungünstige Prognose dienen. Die Zahl der Leukocyten ist also, so weit man aus so wenigen Beobachtungen Schlüsse ziehen kann, nicht ohne einigen diagnostischen und prognostischen Werth.

D. Popow: «Ein seltener Fall von acquirirter Atresia vaginae». (Nr. 11,12).

Es handelte sich um eine 45-jährige Nullipara, bei der 2 Jahre vor ihrer Aufnahme eine spontane Losstossung eines höchst wahrscheinlich submukösen Fibroms des Cervicalkanals erfolgt war, die von Eiterung und Fieber begleitet wurde. Die Untersuchung ergab eine vollständige narbige Verwachsung des oberen Drittels der Scheide, an deren Stelle ein ca. 4 cm. langer Blindsack existirte. Daneben bestanden Retroversio uteri, Parametritis chronica adhaesiva und Pelveoperitonitis chronica.

S. Schujeninow: «Ueber die Struktur und Bildung der chylösen Cysten des Darmkanals». (Nr. 12).

An einem Material von 160 Leichen des Prager pathologischen Instituts fand S. 18 Mal obige Bildung. Ausserdem standen ihm noch 6 conservirte Präparate der Chiari'schen Sammlung zur Verfügung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass in der Mucosa und Submucosa eine Reihe von Hohlräumen von verschiedener Form und Grösse eingelagert war, in deren mit körnigem Inhalt ausgefülltem Lumen sich runde vakuolenhaltige Zellen von der Grösse eines weissen Blutkörperchens bis zu der einer Riesenzelle fanden. Die Höhlen waren von einander durch Ueberreste eines bindegewebigen Stromas geschieden und mit Endothelzellen ausgekleidet. Ausserdem lagen aber, vorzugsweise in der Submucosa einzelne Hohlräume, die nicht mit Endothel ausgekleidet waren und aus einer, verschiedenen Metamorphosen unterworfenen Neubildung, wie der Follikel oder aus einem gleichsam lokalisirten Oedem der Submucosa hervorgegangen schienen Veränderungen in den Lymphgefässen und Drüsen des Mesenteriums sind möglicherweise Ursache dieser Cystenbildung,

J. Tarchanow: «Die Art der Anwendungsweise der Crookes'schen Röhre beim Photographiren von Körpertheilen mit X-Strahlen». (Nr. 13).

Um die elektrische Wirkung der Röhren zu vermeiden bei Erhaltung der Einwirkung der X-Strahlen empfiehlt T. zwischen die Röhre und den Körpertheil ein dünnes Aluminiumblatt als Schirm einzuschalten. Dadurch werden auch bei möglichster Annäherung der Röhre die elektrischen Entladungen abgeleitet.

J. Tarchanow: «Ueber elektrische Wirkung der Crookes'schen Röhren». (Nr. 13).

Wenn man einen mit Strychnin vergifteten Frosch bei Beginn der Krämpfe bis auf 2 oder 3 Ccm. an die Crookes'sche Röhre nähert, wobei die Längslinie des Thieres parallel der darüber befindlichen Röhre verläuft, verfällt das Thier in einen tetanischen Zustand. Bei Versuchen mit freipräparirten Nerven und Muskeln des Frosches findet die stärkste tetanische Wirkung ebenfalls bei paralleler Lage der Nerven zur Röhre statt. Bei perpendikulärer Lage der Nerven blieb jede Wirkung aus. Berührte Autor den Nerv mit dem Finger oder mit irgend einem guten elektrischen Leiter, so wurde der Tetanus verstärkt. Dieser Effekt beruht nicht auf der Einwirkung der X-Strahlen, sondern auf der der schwachen elektrischen Entladungen, die ausserhalb der Röhre in ihrer Peripherie erfolgen und sich mehr oder weniger weit verbreiten. Denn, wenn durch Dazwischenstellen eines Aluminiumschirmes, der die X-Strahlen durchlässt, die elektrische Einwirkung aufgehoben wird, hört auch der Tetanus auf. Diese erregende Wirkung der Crookes'schen Röhre auf gewisse Entfernungen beruht allein auf Reizung der Nerven. Der Muskel an und für sich reagirt gar nicht auf die schwachen elektrischen Entladungen. Man muss also bei der Crookes'schen

Röhre zwischen X-Strahlen und Fernwirkung der elektrischen Entladungen unterscheiden

Kriwoschein und Fuhrmann: «Einige Besonderheiten im Wuchse des Pestbacillus». (Nr. 13).

Bei einer Temperatur von 24° C. beobachteten die Verfasser am 6. Tage nach Anlegung einer Stichkultur in Peptongelatine ein horizontales Anwachsen vom Stichkanal aus, so dass allmählich die Kultur einem Stachelhalm gliech, ohne den Nährboden zu verflüssigen. Bei niedrigeren Temperaturen wurde dieses Wachsthum nicht beobachtet. Ebenso wuchs, gleichfalls bei 24° C., vom 6. Tage an eine Stichkultur auf Gelatine bürstenförmig ins Innere des Nährbodens: dabei wird die Gelatine trübe und erinnert am 12. oder 13. Tage an Agar. Dieses Wachsthum halten die Verfasser typisch für den Pestbacillus.

A. Sotow: «Ein Fall von Darmverschluss durch Spulwürmer mit nachfolgender Perforation». (Nr. 14, 15).

Bei einem 3-jährigen Mädchen, das an eitriger Peritonitis starb, wurden bei der Section über 500 Spulwürmer im Darmkanal gefunden. Das Ileum war nahe dem Coecum an 2 Stellen perforirt, in der Bauchhöhle bestand ein fibrinös-eitriges Exsudat.

W. Orlow: «Zur Differentialdiagnose zwischen weichem Schanker und Krebsgeschwür der Scheide». (Nr. 14, 15)

Zur Illustration dieser Erkrankungen führt Autor 2 Fälle aus seiner Praxis an; in dem einen handelte es sich um einen weichen Schanker, im anderen um ein primäres exulcerirtes Carcinom. Erstere Affection täuschte einen Krebs vor und nur die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes, sowie der weitere Verlauf verhalfen zur richtigen Diagnose.

K. Akimow-Peretz: «Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Fettes auf die sekretorische Thätigkeit des Magens». (Nr. 16).

In Bezug auf die sekretorische Thätigkeit des Magens liessen sich die 18 Patienten in folgender Gruppe theilen: bei 12 war die Magensekretion normal, bei 4 existirte Hyperacidität, bei 2 Subacidität. Nach Einnahme des Ewald'schen Probefrühstücks und Prüfung des Magensaftes erhielt der Patient nach circa 2 Tagen 15—80,0 Ol. amygd. dulc oder Ol. oliv., denen die Einnahme eines Probetrühstücks vorausging. Nach 1 Stunde wurde der Mageninhalt einer Untersuchung unterzogen, die im allgemeinen eine Abnahme des Salzsäuregehaltes und der Verdauungskraft ergab, als deren Ursache eine Hemmung der Sekretion anzunehmen ist.

N. Nefedjew: «Zur Therapie der Recurrens mit Methylenblau». (Nr. 16).

Bei 4 Patienten wurde Methylenblau (Merck) 10—15,0 pro die vom ersten Tage des zweiten Anfalls verordnet, wonach bei einen Patienten nach 3 Tagen starker Durchfall, bei zwei Patienten Erbrechen und bei einem Patienten Albuminurie (2 pro mille) auftrat. Der Verlauf war ein schwererer, als bei den nach gewohnter Weise behandelten Kranken, so dass Autor sich genöthigt sah, von weiteren Versuchen abzustehen.

R. Wanach: «Ein Fall von Exstirpation des Schultergürtels bei Sarkom». (Nr. 14—16).

Das Autoreferat ist in der Petersb. med. Wochensch. 1896 Nr. 2 veröffentlicht.

E. Pawlow: «Ein besonderes Operationsverfahren bei Hernien der Linea alba nach Laparotomie». (Nr. 17).

Die 41-jährige Patientin war ein Jahr vor ihrer Aufnahme vom Autor wegen Ovarialcyste laparotomirt worden, wonach sich allmählich eine grosse Hernie der linea alba gebildet hatte. Da ein Versuch die Ränder der Bruchpforte zu vernähen wegen Verwachsungen mit dem Darm und Unmöglichkeit die Ränder einander zu nähern, misslang, entschloss sich P. zu folgendem Verfahren. Zu beiden Seiten des Bauches wurde durch die Bauchmusculatur 2 circa 15 Cm. lange bogenförmige Schnitte bis zur Aponeurose geführt, die beiden inneren Ränder der Schnitte mit einander durch fortlaufende Naht, dann die äusseren Ränder darüber mit Knopfnaht vernäht. Auf diese Weise wurde eine Brücke über den Sack gebildet, unter der ein Längskanal führte, der mit einem Drain versorgt wurde. Heilung per primam. Der Erfolg war ein befriedigender und auch später hielt die Hautbrücke den Bruch gut zurück.

N. Tschigajew: «Abastuman als klimatischer Kurort für Lungenkranke». (Nr. 17).

Sowohl das Klima, als auch die mangelhaften hygienischen Verhältnisse bieten wenig verlockendes für Lungenleidende, speciell Tuberkulöse.

B. Finkelstein: «Einige Beobachtungen über die Wirksamkeit des Chelidoneum majus bei malignen Tumoren». (Nr. 17).

Aus den angeführten Krankengeschichten geht hervor, dass das Chelid. majus in keiner Beziehung specifisch auf Neubildungen wirkt.
Weyert.

Wratschebnija Sapisski Nr. 12—18 incl. 1896 und Nr. 1—3 incl. 1897.

W. Schnaubert: «Die Wirkung der Milchdiät auf die Harnabsonderung». (Nr. 12 und 13).

In diesem Theile der Arbeit, welche eine Fortsetzung zu Nr. 3 darstellt, bespricht Verfasser die Veränderungen, welche mit dem Harne bei Milchdiät in chemischer Hinsicht vor sich gehen.

J. Tolpigo: «Haematoma tunicae vaginalis propriae testis». (Nr. 12 und 13).

Bisher sind nur 12 Fälle von Blutungen innerhalb der unveränderten tunica vaginalis propria testis veröffentlicht worden, so dass die 2 Fälle von derartiger, sogenannter Haematocele traumatica, welchen Verf. in seiner Praxis begegnet ist, hiermit referirt und deren Symptome, Aetiologie, pathologische Anatomie und Therapie genauer bespricht, einen ganz erwünschten Beitrag zu diesem Capitel darstellen.

S. J. Popow: «Zur Frage über die neuropathischen Wirbelsäulenverkrümmungen». (Nr. 14 und 15).

Eine genaue, wissenschaftlich tüchtige Besprechung zweier Krankheitsfälle mit Difformitäten der Columna vertebrarum bietet uns Popow in dieser Arbeit. Auf dem Wege des Ausschliessens anderer pathologischer Verhältnisse glaubt Verf. in beiden Fällen Wirbelsäulenverkrümmungen auf neuropathischer Basis diagnosticiren zu dürfen.

W. Lanin: «Die Anwendung eines abnehmbaren Filzverbandes bei der Behandlung des angeborenen Klumpfusses». (Nr. 14 und 15).

Beschreibung eines Krankheitsfalles und der erfolgreichen orthopädischen Behandlung desselben.

M. G. Lachtin: «Die neuesten Richtungen in der Immunitätslehre». (Nr. 14—18).

Verf. bringt in diesem Aufsatze einen Auszug aus seiner von der Moskauer Medicinischen Fakultät prämirten Schrift. «Ueber die neusten Richtungen in der Immunitätslehre».

Es enthält eine interessante Darlegung einzelner Theorien und ihrer experimentellen Beweise auf dem Gebiete der Bacteriologie und Serumtherapie.

W. W. Sender: «Fibroma molluscum der Kopfhaut. Operative Entfernung der Geschwulst». (Nr. 16).

Bei einem Manne von 20 Jahren hatte sich auf dem Kopfe, in der Scheitelgegend allmählich ein Fibroma molluscum ausgebildet. Seine Mutter datirt den Beginn der Krankheit in's erste Lebensjahr zurück, es soll aus einem röthlichen Hautfleck entstanden sein. Bis zum 10. Lebensjahr wurde ein progressives Wachsthum beobachtet, seitdem aber trat Stillstand im Wachsen ein. Die Geschwulst wurde operativ entfernt und die Wunde später plastisch gedeckt. 6 Monate nach der Operation konnte Pat. völlig geheilt entlassen werden.

W. Kolly: «Ein Fall von intrauteriner Typhusinfection beim Foetus». (Nr. 16).

Patientin 21 a. n., gravida, erkrankte an Typhus und erlitt im V. Schwangerschaftsmonat einen Abort. Es war Zwillingsgravidität vorhanden. Bei der Section des ersten Foetus konnte deutliche fettige Degeneration der Leber und der Milz bemerkt werden. Deckglasstrichpräparate, entnommen der Leber, der Milz und dem Blute der Vena cava liessen unter dem Mikroscope Bacillen erkennen, welche den Typhusbacillen sehr ähnlich waren. Der zweite Foetus wurde nun unter aseptischen Cautelen secirt und aus dem Parenchym der Leber und der Milz wurden Culturen angelegt auf Bouillon, Nährgelatine, sterilisirter Milch und Kartoffeln. Die Culturen hatten in all' ihren Eigenschaften grosse Aehnlichkeit mit denen der Ebert'schen Typhusbacillen. So dass hier eine in-

trauterin stattgefundene Typhusinfection als sicher angenommen werden kann.

N. A. Mussotow: «3 Fälle von inoperablen Uteruscarcinomen unter Einwirkung von Chelidoniumbehandlung». (Nr. 17 und 18).

Drei Fälle weit vorgeschrittenen Uteruscarcinoms wurden vom Verf. einer Therapie mit Chelidonium majus unterzogen, und zwar mittelst Injectionen, Tamponade mit chelidoniumimpraegnirter Gaze und eine zeitlang auch intern. Bei der lange fortgesetzten Beobachtung war Mussatow in der Lage folgendes zu constatiren:
1) Zu Beginn der Behandlung fand eine auffallende Besserung sämmtlicher Symptome statt, welche recht lange Zeit anhielt. 2) Die Geschwulst nahm bedeutend an Grösse ab und 3) fand eine allmäliche Wiederkehr des ganzen status quo ante statt, bei welch' letzterem nunmehr eine Chelidoniumtherapie absolut wirkungslos blieb.
In sämmtlichen Fällen reagirten die Kranken auf eine Injection mit Frost und Ansteigen der Temperatur, welche erst nach einigen Stunden unter Schweissausbruch zur Norm zurückkehrte.
Bei oben angegebener Therapie konnte man mikroscopisch folgendes bemerken: Neigung zum Nekrotisiren in den obersten Gewebsschichten und eine stark entwickelte Granulationsmasseninfiltration im Interstitialgewebe mit Neigung zur bindegewebigen Degeneration. Diese pathologischen Veränderungen waren jedoch nur in den Theilen der Geschwulst vorhanden, welche unmittelbar von den Injectionen oder der Tamponade tangirt wurden.

W. Schnaubert: «Ueber Milchdiät». (Fortsetzung). (Nr. 17 und 18).

In diesem Abschnitte seiner umfangreichen Untersuchungen über Milchdiät und deren Wirkungen auf den menschlichen Organismus, bespricht Verf.: 1) die re- und perspiratorischen Verluste des Körpers bei Milchdiät und 2) die Bedeutung der Milchdiät auf die Ernährung des Organismus.

W. M. Glagolew: «Das Ballotement der Harnblase, als Untersuchungsmethode bei Blasensteinen». (Nr. 17 u. 18).

Glagolew ist der Erfinder einer neuen von ihm mit Ballotement der Harnblase benannten Untersuchungsmethode bei Blasensteinen, welche er zur Seite den anderen bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden stellen möchte. Dieselbe giebt meistens ein deutliches Resultat, besitzt keine Contraindicationen (mit Ausnahme von Neigung zur Blutung) und dürfte namentlich in der Kinderpraxis in diagnostischer Richtung die erste Stelle einnehmen.
Das Ballotement besteht in Folgendem: Der Kranke befindet sich in Rückenlage mit flectirten Knieen. Der Untersuchende stellt sich zur rechten Seite des Patienten und führt den rechten Zeigefinger per rectum ein, zur Blase, also nach oben, mit der Volarseite gekehrt. Alsdann werden schnell aufeinander folgende Flexions- und Extensionsbewegungen der beiden letzten Phalangen des eingeführten Fingers besorgt, wodurch der sich auf dem Blasenboden befindliche Stein heraufgeschnellt wird. Der Letztere wird, falls er überhaupt vorhanden ist, beim Heruntertallen auf den Boden der Blase den sich unter denselben befindenden Finger anstossen, man erhält das Gefühl eines fallenden Körpers.

Verf. giebt uns noch einige Details der Untersuchungsmethode, welche wir der Vollständigkeit wegen kurz anführen möchten:

a) Zuweilen ist es nöthig das Becken durch ein druntergelegtes Kissen höher zu lagern.

b) Die Blase darf nicht mehr als 150 cbcm. Harn enthalten, um die Deutlichkeit eines fallenden Körpers klar vorzuführen.

c) Die Untersuchung kann nicht lange fortgesetzt werden, weil der Sphincter ani, den Finger constringirend seine Sensibilität beeinträchtigt.

d) Der untersuchende Finger ist im Stande nach den Seiten hin die Blase zu palpiren und, sozusagen den Stein nach der Mitte hin der besseren Untersuchung wegen zu verschieben.

e) Der ausgestreckte Finger darf nicht zu stark die Wand der Blase eindrücken, denn der Stein könnte sonst von der Mittellinie verschoben werden.

f) Man muss sich bemühen den Stein möglichst grade in die Höhe heraufzustossen, denn nur so könne er auf dieselbe Stelle zurückfallen.

g) Häufig hat auch der Kranke das Gefühl, als ob in seinem Blaseninneren ein harter Körper sich bewegt.

h) Ganz besonderer diagnostischer Werth ist dem Gefühl eines auf die letzte Phalange des Fingers fallenden harten Körpers zuzuschreiben.

1897.

J. K. Jurassowski: «Ein Fall von Deciduoma malignum, als Folgekrankheit einer Blasenmole». (Nr. 1).

Die Mittheilung Verfassers bietet einen ganz interessanten casuistischen Beitrag zur Lehre über das Deciduoma malignum, einer Krankheit, welche den Gynaekologen erst seit 1888 bekannt ist. Darin stimmen sämmtliche Aerzte, welche in ihrer Praxis dieser Krankheit begegnet sind, überein, dass die Prognose eine durchaus ungünstige ist, des schnellen Verlaufes und der schnell auftretenden Metastasen wegen. Bisher gelang es in keinem der veröffentlichten Fälle durch eine Operation die befallene Person zu heilen. Relativ am häufigsten tritt das Deciduoma im Anschluss an eine Blasenmole auf. So auch in dem Falle Jurassowski's. Kaum 2 Jahre nach Entfernung der Blasenmole starb Patientin; auch in diesem Falle wurde ein operativer Eingriff unternommen.
Das, was in diesem Falle von besonderem Interesse und bisher noch nicht beobachtet worden ist, ist eine Metastase im Gehirn, die bei der Section gefunden wurde. Es fand sich nämlich in der weissen Substanz der rechten Hemisphäre, im Scheitellappen zwischen Corticalis und den Hirnkernen ein gelblich rother Knoten von der Grösse einer Pflaume. Die Hirnsubstanz in der Umgebung dieses Knotens war weicher als an den anderen Stellen. Die Hirnwindungen des rechten Scheitellappens waren etwas abgeflacht.

Th. J. Bereskin: «Ueber Steinbildung im Urachus». (Nr. 1).

Der mitgetheilte Fall stellt wohl ein Unicum dar.
Pat. 65 a. n. klagt über Schmerzen im Abdomen und Harnretention, bestehend seit 14 Tagen, bis dahin seit 12 Jahren, häufige Entleerung eines trüben oft blutigen Urins.
Diagnosticirt wurde Prostatahypertrophie und, ausserdem bei der Palpation des Abdomens fand sich in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse eine glatte, kugelförmige Geschwulst, wenig beweglich von der Grösse beinahe eines neugeborenen Kindes, die Consistenz ist hart und lässt einen Stein vermuthen, der in weiche Hülle eingehüllt ist. Die Geschwulst scheint eng verwachsen mit den Bauchdecken zu sein.
Die Geschwulst wurde operativ entfernt, wobei es sich erwies, dass dieselbe in einem Gewebssacke sich befand, der mit der Harnblase durch eine Zeigefingerbreite Oeffnung communicirte.
Der entfernte Stein hatte Kugelform, seine Peripherie bestand aus Phosphaten, das Gewicht war $2^3/_4$ Pfund — Durchmesser 3 Werschok.

A. A. Anufriew: «Ueber die Grössenschwankungen der conjugata diagonalis des Beckens der Kreissenden und Wöchnerinnen bei den verschiedenen Beugungen des Beckens und des Körpers». (Nr. 2 und 3).

Im Anschluss an theoretische Betrachtungen auf Grund der bekannten Literatur, theilt Verf. die Ergebnisse seiner experimentellen Untersuchungen an 30 Frauen, «Kreissenden und Wöchnerinnen mit.

A. J. Jarzew: «Ueber Dünndarmverengerung nach der Reposition einer eingeklemmten Hernie». (Nr. 2 und 3).

Veranlassung zu den Betrachtungen Verf.'s über Darmverengerung gab ihm ein Fall seiner Beobachtung. Die Arbeit bringt im Wesentlichen nicht viel neues.

S. P. Tschernischew: «Ein Fall von Ophtalmoplegia externa». (Nr. 2 und 3).

Verfasser theilt einen Fall von rechtsseitiger Ophtalmoplegia externa mit, welcher unter dem Bilde einer acuten Infectionskrankheit mit Gehirnerscheinungen (Delirien, Bewusstlosigkeit und Kopfschmerzen) verlief. Nach dem Schwinden der acuten Erscheinungen blieb eine Lähmung der äusseren Augenmuskeln rechterseits nach. Tschernischew glaubt die Lähmung für nucleären Ursprungs erachten zu dürfen, indem die Infection erst den Körper durchseucht und dann die Kerne des n. facialis und des n. oculomotorius tangirt hat. Verf. meint in dieser Lähmung eine Analogie zu besitzen mit dem Krankheitsbilde einer Poliomyelitis anterior acuta.

M. Lutschin: «Ein Fall von Blasenmole bei Zwillingen». (Nr. 2 und 3).

Lutschin beschreibt einen Fall, in welchem wegen zu starken Blutungen im VII. Graviditätmonat die Geburt vorzeitig vorgenommen werden musste. Es wurde ein nicht ausgetragenes Kind extrahirt. und gleich nach der Geburt desselben kamen Blasenmolenmassen zum Vorschein. 10 Minuten darauf folgte auch die Placenta, wonach die Blutung sofort sistirte. In den Lehrbüchern wird jedoch nirgends eine derartige Möglichkeit — gleichzeitiges Vorhandensein eines Foetus und

einer Mole im Uterus — als Grund für eine Blutung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft angegeben.

Nach der Ansicht Verf.'s bestätige sein mitgetheilter Fall die Ansicht Kehrer's, der die Blasenmole unter die Missbildungen, die sogenannten Monstrua aberrantia rechnet.

Nämlich bei einer Zwillingsschwangerschaft liegt ja die Möglichkeit vor, dass der eine Foetus sich auf Kosten des anderen entwickelt, und der letztere dadurch eine Bildungshemmung erleidet.

N. L. Halbreich: «Ein Fall von Fistula vagina (vulvo-) perineo-rectalis post coitum». (Nr. 2 und 3).

Nachdem Verf. die ihm aus der Literatur bekannten Fälle derartiger Verletzungen besprochen, folgt eine genaue Mittheilung der von ihm beobachteten Patientin, bei welcher es sich um eine trichterförmige Fistel handelte, ausgehend von der Fossa navicularis und ca. 5 cm. oberhalb der Analöffnung im Rectum endigend.

Halbreich will darauf aufmerksam machen, dass es wichtig ist eine Möglichkeit derartiger Verletzungen per coitum im Auge zu behalten, um in der gerichtärztlichen Expertise nicht auf Fehlschlüsse zu gelangen, als habe da ein Gewaltact vorgelegen. Hecker.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. II. Heft 5—6.

N. Berestnew: «Ueber verzweigte Diphtheriebacillen». (Nr. 1).

Die Beobachtungen des Verfassers schliessen sich den von Fraenkel, Babes, Bernheim und anderen Autoren publicirten an.

W. M. Kernig: «Ueber die Dämpfung des Percussionstones an den Lungenspitzen ohne pathologische Veränderungen in denselben». (Nr. 1).

Verf. hat bereits vor einigen Jahren auf ein sehr wichtiges Symptom, das man zuweilen bei marantischen Personen constatiren kann, aufmerksam gemacht — nämlich auf eine Dämpfung des percutorischen Tones an den Lungenspitzen, ohne dass später bei der Section irgend welche pathologische Veränderungen an den betreffenden Lungenpartien zu finden sind. Aus dem grossen Material des Obuchowhospitals für Weiber hat K. im Laufe von Jahren 35 hierher gehörige Fälle sammeln können; in der sehr interessanten Abhandlung beleuchtet Verf. nun seine Fälle von diagnostischem und namentlich differentiell diagnostischem Standpunkte. Die in Rede stehende Dämpfung tritt also bei marantischen Personen auf, die eine schwere und langdauernde Krankheit durchgemacht haben oder noch durchmachen und die deshalb sehr lange Zeit das Bett hüten müssen. Die Dämpfung ist stets beiderseitig, nimmt die supra- und infraclavicularen Gruben ein und die fossae supraspinatae, die Intensität der Dämpfung entspricht genau der, wie man sie bei tuberculöser Infiltration der Lungenspitzen findet. Bei der Auscultation constatirt man mehr oder weniger abgeschwächtes Athmen, zuweilen aber ist das Athmen ganz normal; Rasselgeräusche fehlen. Die Kranken, bei denen K. das Symptom beobachtet hatte, waren alle decripid, sehr heruntergekommen, die Lungenspitzen eingefallen, so dass sowohl die Percussion, als auch die Palpation behufs Feststellung der inspiratorischen Erweiterung der oberen Thoraxpartien mit Schwierigkeiten verbunden waren. Verf. stellt sich die Sache so vor, dass in Folge der langen Bettlage und der starken Muskelschwäche die mittlere Lungencapacität sinkt; in einzelnen Fällen kann es in Folge dessen zu einer ausgeprägten Luftverminderung in den Lungenspitzen kommen — und dieser Umstand bedingt dann die in Rede stehende Dämpfung.

N. Winogradow: «Ein Myxom der Thymusdrüse im frühen Kindesalter». (Nr. 1).

Der Fall bietet insofern Interesse, dass diese Geschwulst der Thymus noch nicht beschrieben worden ist. Es handelte sich um ein Kind von einem Monate. Zu Lebzeiten bestand starke Cyanose. Dyspnoe; Herztöne rein. Hühnerbrust, unter den Clavikeln Dämpfung und abgeschwächtes Athmen. Bei der Section fand Verf. im mediastinum anticum eine 182 grm. schwere Geschwulst von rund-ovaler Form, die den Sternum in dessen ganzer Ausdehnung vom jugulum bis zum proc. xyphoid. fest anlag. Der Tumor füllte den ganzen vorderen Theil der Brusthöhle aus, die Lungen waren gänzlich zurückgeschoben, das Herz nach unten verlagert. Die vena cava sup. und die anonyma waren verlängert und ausgezogen. Der Längsdurchmesser des Tumors betrug 10 Cm., der Querdurchmesser 8 Cm. Die ganze Geschwulst bot den Anblick einer Cyste mit dickflüssigem Inhalt; sie liess sich leicht von ihrer Kapsel ausschälen, zeigte ein gelapptes Aussehen und bot eine gallertige Masse dar. Die mikroscopische Untersuchung ergab, dass der Tumor — ein Myxoma gelatinosum darstellte.

D. K. Sabolotny: «Die Serodiagnostik beim Typhus abdominalis». (Nr. 1.)

Die Erfahrungen des Verfassers beziehen sich auf Beobachtungen im Kiewschen Militärhospital; es wurden 116 Kranke auf die Widal'sche Reaction geprüft, darunter waren 66 Fälle von Abdominaltyphus und 50 Fälle von anderen fieberhaften Erkrankungen, die anfangs mit Typhus verwechselt werden konnten (Tuberkulose, Dysenterie, Malaria, Meningitis, Erysipelas, Pyaemia). Zur Ausführung der Reaction benutzte Verf. das Blut des Kranken und, was er besonders in der Landpraxis empfiehlt, das Exsudat aus einer Vesicatorblase. In allen 66 Fällen von Abdominaltyphus war die Reaction stark ausgeprägt. Gewöhnlich gebrauchte Verfasser das Blutserum oder das Vesicator-Exsudat in einem Verhältniss von 1:10, doch war die Reaction auch eclatant schon bei einem Verhältnisse von 1:30 und 1:50; in 4 Fällen schon bei 1:100. Am schärfsten war die Reaction in schweren Fällen mit hohen Temperaturen, aber glücklichem Ausgange. Im Allgemeinen entsprach der Beginn der Reaction einer Temperatur von nicht unter 38—39° als den frühesten Termin stellt Verfasser nach seinen Erfahrungen den 3. und 5. Krankheitstag fest; in der Reconvalescenz kann die Reaction noch lange Zeit positiv ausfallen, wenn auch schwächer; als den spätesten Termin des Verschwindens der Reaction giebt S. den 2—3 Monat an; nur in einem Falle constatirte er eine schwache Reaction 2 Jahre nach überstandenem Typhus. Zur vergleichenden Bestimmung der Intensität der agglutinirenden Fähigkeit des Serums nimmt Verfasser Kulturen in der Menge von ½, 1, 2, 3, 4, und 5 Ccm. und fügt das Serum oder Vesicatorexsudat tropfenweise zu; auf diese Weise erhält er Verhältnisse von 1:10, 1:30, 1:50, 1:70, 1:100 etc. An den Leichen fand Verf. eine Verminderung der agglutinirenden Fähigkeit des Serums; in 3 Fällen fiel die Reaction bei der Autopsie mit dem Blutserum und der Pericardialflüssigkeit positiv aus und zwar in 1:10 und 1:30, dagegen gab der Humor aquaeus des Auges keine Reaction. Bei den Fällen mit den verschiedenen anderen Infectionskrankheiten fiel fast immer die Reaction negativ aus, so dass Verf. die Widal'sche Reaction als ein sehr wichtiges diagnostisches Symptom betrachtet.

M. Abelmann: «Zur Lehre von der cyklischen Albuminurie». (Nr. 2).

Verfasser hatte Gelegenheit bei 2 Knaben von 16 resp. 17 Jahren die typische cyklische Albuminurie zu beobachten. Bei Beiden war das Auftreten von Eiweiss im Urin nur an dem Uebergange aus der horizontalen in die verticale Lage gebunden; der in horizontaler Lage aufgefangene Urin war immer eiweissfrei; sobald aber die verticale Stellung eingenommen wurde, trat Eiweiss auf. Formelemente, wie verschiedene Cylinder, Nierenepithelien, rothe Blutkörperchen wurden nie gefunden. Im Verlaufe von einigen Monaten stellte A. tägliche fractionirte Urinuntersuchungen an, um die Abhängigkeit der Albuminurie von der Lageveränderung des Körpers näher zu verfolgen, ferner um den Einfluss der Diät, der pharmacologischen Agentien etc. festzustellen. Dabei konnte er nur vollauf die von Heubner, Stirling, Moritz und anderen Autoren festgestellte Thatsache bestätigen, dass das Auftreten der Albuminurie ausschliesslich an dem Uebergange aus der horizontalen in die vertikale Lage geknüpft ist. Forcirte active und passive Muskelbewegungen, gymnastische Uebungen waren auf die Stärke der Albuminurie ohne jeden Einfluss; ebenso konnte auch Verf. bei der Verordnung einer strengen reinen Milchdiät keine Abnahme der Albuminurie constatiren; es hatten ferner weder warme Bäder, noch Wildungen, noch verschiedene pharmacologische Mittel einen nennenswerthen Effect. Als absolut schädlich erwiesen sich geistige Anstrengungen: an den Tagen, wo die Knaben sehr viel in und für die Schule zu arbeiten hatten, war die Albuminurie recht stark (bis 5‰), dagegen war der Urin in den Sommerferien, sogar wochenlang, ganz eiweissfrei. Bezüglich der Pathogenese der cyklischen Albuminurie schliesst sich Verf. der Meinung derjenigen Autoren an, die eine functionelle Störung annehmen. Wenn es auch Fälle von Nephritiden giebt, bei welchen die Albuminurie zuweilen cyklischen Charakter trägt, so schliesse dies durchaus nicht die Möglichkeit aus, dass es eine reine cyklische Albuminurie gebe ohne anatomische Veränderungen des Nierenparenchyms. Bezüglich der Behandlung räth Verf. eine eiweissreiche Kost zu verabfolgen und die Kinder eine Zeit lang von den Schulaufgaben zu befreien; ja sogar rathsamer sei, sie einige Monate

von der Schule ganz fern zu halten. Pharmacologische Mittel erweisen sich als unwirksam, einigen Werth besitzen die sog. Tonica, wie Eisen und Arsen.

Th. Janowski: «Ueber den Traube'schen halbmondförmigen Raum und dessen diagnostische Bedeutung bei Pleuritis». (Nr. 2).

Der halbmondförmige Raum von Traube ist kein genau definirter Begriff, denn verschiedene Autoren verstehen darunter durchaus nicht ein und denselben Raum. Am richtigsten scheint dem Verf. die Definition von Weil und Gerhardt, die mit dem Namen «Traube'sche Raum» den vorderen unteren Theil der linken Thoraxhälfte bezeichnen, der bei Percussion einen rein tympanitischen Schall giebt; seine Grenzen bilden der Rand des linken Leberlappens, der untere Lungenrand und der untere Rand der Milz, das hintere Ende wird durch das vordere Ende der 10. Rippe gebildet. Zu seinen Beobachtungen bestimmte J. gewöhnlich 1) die Basis des Raumes oder die Länge = l, 2) die Höhe = h aus einer Verticalen, gezogen von dem entfernt gelegenen Punkte der oberen Grenze zur Basis, also zum Rippenrande und 3) dx die Entfernung des vorderen Endes des Raumes von dem processus xyphoideus. Um die Grössenveränderungen des Traube-schen Raumes unter pathologischen Bedingungen besser würdigen zu können, musste Verf. zunächst die normalen Verhältnisse und Variationen bestimmen; infolge dessen stellte er Beobachtungen an 100 gesunden Personen im Alter von 18--60 Jahren an, und zwar wurde bei Ihnen die Grösse des halbmondförmigen Raumes, sowohl in aufrechter Stellung, als im Liegen bestimmt, da es sich in den meisten Fällen erwies, dass die Lageveränderungen des Körpers die Grösse des Raumes und die Qualität des tympaintischen Schales beeinflussen. In 50% der Fälle constatirte Verf. bei der aufrechten Stellung eine Verkleinerung von l, und in $^1/_3$ aller Fälle auch eine Verkleinerung von h; ferner beobachtete Verf. dass der tympanitische Schall bei der aufrechten Stellung schwächer wird, er erhält einen mehr gedämpft-tympanitischen Timbre. Nach allem dem müssten die Dimensionen des Traube'schen Raumes immer in horizontaler Lage bestimmt werden; die Bestimmung in aufrechter Stellung soll nur als Ergänzung dienen. Auch die Quantität der eingeführten Speisen ist natürlich von grosser Bedeutung. J. verabfolgte bei den Experimenten an gesunden Personen als Frühstück 2 Glas Milch oder ein Glas Thee mit etwas Brod, von dem Standpunkte ausgehend, dass die Patienten, bei welchen die Bestimmung des Traube'schen Raumes von grosser Wichtigkeit ist (Pleuritis, Pneumonie), gewöhnlich keine grosse Mengen von Nahrung zu sich nehmen. Die gefundenen Durchschnittswerthe für die verschiedenen Dimensionen des Raumes waren: l = 9,8 cm.; h = 7,5 cm., dx = 5,5. — Bei der Bestimmung der betreffenden Werthe bei Pleuritiden nahm Verf. 3 Categorien an, je nach der Grösse des Exsudates. I. Fälle, wo die Dämpfung in der Scapularlinie den angulus scapulae nicht überragte. II. Fälle, bei denen die obere Dämpfungszone zwischen dem angulus und der Spina scapulae lag. III. Fälle, bei denen auch die regio suprascapularis gedämpft war, also die ganze Thoraxhälfte einen dumpfen Percussionston aufwies, obgleich an einzelnen Stellen der Ton etwas tympanitisch klang (Lungencompression). Aus den vom Verf. aufgestellten Tabellen (siehe Original) überzeugt man sich leicht, dass die pleuritischen Exsudate unbedingt die Grösse des Traube'schen Raumes beeinflussen. Nur in 2 Fällen konnte J. das völlige Verschwinden desselben constatiren; in den meisten Fällen fand er nur eine Verkleinerung der einzelnen Dimensionen, namentlich von h. Schon bei den Exsudaten der I. Kategorie fand Verf. h = 4—5,5 (normal 7,5), dasselbe geschah bei den Exsudaten der II. Kategorie; bei der III. Kategorie ist die Verkleinerung von h sehr eclatant = 1—3 cm. Weniger verändern sich l und dx; nur bei den Exsudaten der III. Kategorie sinkt l auf 5,5 (durchschnittlich) und dx auf 2 cm. — Verf. bestimmte ferner die Dimensionen des Traube'schen Raumes in 15 Fällen von croupöser Pneumonie (Hepatisationsperiode) und fand, dass l und dx fast gar nicht von der Norm abweichen nur h wird in einzelnen Fällen verkleinert, aber durchaus nicht in so grossem Maasse, wie bei Pleuritis; die Durchschnittswerthe betragen 4—6 cm. Aus seinen zahlreichen Untersuchungen schliesst Verf., dass die Constatirung der Verkleinerung des Traube'schen Raumes namentlich bei grossen Exsudaten von differentiell diagnostischem Werthe sei.

A. Kozowsky: «Zur Histologie der congenitalen Cystenniere». (Nr. 2).

Auf Grund von 2 sorgfältig untersuchten Fällen schliesst sich Verf. der Meinung von Nauwerck und Hufschmid an, dass die Cysten in Folge eines Proliferationsprocesses mit nachfolgender Degeneration der Epithelien der Harnkanälchen sich bilden. Am meisten sollen bei der Bildung der Cysten die gewundenen Kanälchen der Henle'schen Schleifen und die Tubuli Belliniani betheiligt sein.

N. A. Sswenson: «Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Leukaemie». (Nr. 2).

Da die Versuche von Fleischer, Penzoldt, May und anderen Autoren über die Ausnutzung der Nahrungsstoffe, speciell der Eiweissstoffe, bei Leukaemie kein einheitliches Resultat ergeben haben, so wiederholte Verf. die diesbezüglichen Untersuchungen an einer 58-jährigen leukaemischen Frau. Das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen betrug bei ihr 1:10,5, Haemoglobin 60%. Der Versuch dauerte 3 Tage, während dieser Zeit erhielt die Patientin täglich 2—$2^1/_2$ Liter Milch und 150—200 grm. Cakes. Der Gehalt der Nahrung, sowie der aufgefangenen Faeces an Stickstoff und Fett wurde nach exacten Methoden bestimmt. Während der 3 Tage nahm die Kranke in der Nahrung 46,0 Stickstoff und 282,62 grm. Fett zu sich, in den Faeces fand Verf. 3,018 Stickstoff und 25,9 Fett, es wurden also nicht assimilirt — 6,5% des Stickstoffes und 9,04% der Fette. Vergleicht man diesen Befund mit den von Rubner aufgestellten Normalwerthen, so überzeugt man sich, dass die leukaemische Patientin die Eiweissstoffe und die Fette sehr gut ausgenutzt hat.

P. Dmitriewski: «Ein Fall von Melaena neonatorum mit glücklichem Ausgange». (Nr. 3).

5-tägiges Kind, kam ohne irgend welche krankhafte Symptome zur Welt; blieb auch die ersten 3 Tage ganz gesund, wurde von einer gesunden und kräftigen Amme gestillt, nahm die Brust gut. Am 4. Tage bemerkte die Mutter beim Kinde schwarze Ausleerungen, die sich wiederholten; am 5. Tage enthielten die Ausleerungen ebenfalls geronnenes und flüssiges Blut, daneben trat blutiges Erbrechen ein, das Kind wollte die Brust nicht mehr nehmen. An diesem Tage sah D. das Kind zum ersten Male und konnte keine pathologische Processe weder in den Lungen, noch im Herzen und in anderen Organen finden. Die Mundschleimhaut von normaler Farbe, ebenso der Rachen, der Nabel noch nicht abgefallen, Nabelring normal. D. verordnete Einwickelung der Extremitäten in Flanell und innerlieh 2-stündlich 1 Tropfen Liq. ferri sesquichlor. Am 6. Tage wiederholten sich die blutigen Stühle, das Kind lag apathisch da, die Temperatur in ano betrug 36,3. Puls 138, Athmung 30. Verf. fügt noch hinzu Extr. sec. corn. aq. 0,4:60 2-stündlich I Theelöffel. Am 7. Tage fiel der Nabel ab, die Nabelwunde rein, die Stühle immer noch blutig, das Erbrechen hat aufgehört. Am 8. Tage enthielten die Ausleerungen gar kein Blut mehr; das Kind erholte sich und genas vollkommen. Verf. meint, dass der von ihm beobachtete Fall von Melaena durch eine starke Hyperaemie des Magen-Darmkanals in Folge der Nabelunterbindung hervorgerufen werden konnte.

J. Gwosdinski: «Ein seltener Fall von haemorrhagischer, kryptogenetischer Septicopyämie». (Nr. 3).

Ein vollständig gesunder, kräftiger Mann von 23 Jahren erkrankt plötzlich unter heftigem Schüttelfrost und Schmerzen in den Beinen und bemerkt vereinzelte blutige Flecke am Rumpf und an den Extremitäten. Am anderen Tage wird er bei völligem Bewusstsein in's Hospital gebracht, wo er wieder über Schwäche und starke Schmerzen in den Beinen klagte Verf. constatirte einige Ecchymosen der Haut an den unteren Extremitäten, sonst nirgends krankhafte Symptome, insbesondere waren nirgends Ulcerationen oder wunde Stellen zu finden. Die Mundschleimhaut, sowie die Gingiva — normal. Am 3. Krankheitstage — völlige Bewusstlosigkeit, Delirien, ausgebreitete Hauthaemorrhagien am ganzen Körper, so dass die unteren Extremitäten purpurroth verfärbt wurden. In Lungen, im Herzen keine Veränderungen. Die Ausleerungen nicht bluthaltig. Im Urin Eiweiss, hyaline und granulirte Cylinder, rothe Blutkörperchen. Das Blut zeigte unter dem Mikroscop keine Veränderungen. Temperatur zwischen 39 und 40,5. Am 6. Krankheitstage — Exitus lethalis.

Die Section erwies Eiterherde im Gehirn, im Auge, im retropharyngealem Raum, in den Nebennieren und in den Gelenken (zu Lebzeiten waren keine Gelenkschwellungen nachzuweisen); ferner fand Verf. eine frische verrucöse Endocarditis, parenchymatöse Nephritis und Haemorrhagien in den verschiedenen Organen. Die bacteriologische Untersuchung des Blutes ergab das Vorhandensein von Staphylokokkus pyog. alb. Verf. hält den Fall für eine kryptogenetische haemorrhagische Septicopyaemie.

A. Wjewiorowski: «Einige Beobachtungen über Veränderungen des Blutes bei der Serotherapie der Syphilis». (Nr. 3).

Verfasser suchte den Einfluss des Serums von Syphilitikern in späten Perioden der Krankheit auf den Verlauf der Syphilis festzustellen und richtete seine Aufmerksamkeit auf die Veränderungen des Blutes. 4 Beobachtungen wurden mit dem Serum von älteren condylomatösen Stadien angestellt,

2 andere mit dem Serum von tertiären Stadien und zwar an ein und demselben Kranken, ein Mal zu Ende der 2. Incubationsperiode — bei Beginn der Allgemeinsymptome, das zweite Mal 2½ Monate nach dem Verschwinden der ersten Erscheinungen, bei Beginn des ersten Recidives. In der Art der Art der Wirkung unterschieden sich beide Serumarten nur quantitativ, indem das Blut viel stärker auf die Injectionen vom Serum der Tertiärperiode reagirte. Gewöhnlich nahm Verf. zur Injection 20—50 Ccm. Bald nach den ersten Injectionen konnte Verf. eine Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen und der Haemoglobinmenge nachweisen, gewöhnlich auch eine Verminderung der weissen Blutkörperchen; bei den weiteren Injectionen hielten sich die Zahl der rothen Blutkörperchen und die Haemoglobinmenge auf gleichem Niveau, obgleich die Erscheinungen der Syphilis noch vorhanden waren und zeigten eine weitere Steigerung, nachdem die syphilitischen Symptome verschwunden waren. Die Zahl der weissen Blutkörperchen behielt ihre Tendenz zur Verminderung. In einem Falle, bei welchem die Seruminjection ganz resultatlos verlief, beobachtete Verf. eine Verminderung der rothen Blutkörperchen. Im Allgemeinen fand W., dass die Alterationen des Blutes nach Seruminjection analog denjenigen sind, die bei rationeller Queksilberbehandlung beobachtet werden, ferner constatirte er, dass die Seruminjection auch auf die luetischen Erscheinungen einwirkt, letztere verschwanden rasch bei dieser Behandlungsmethode.

Tschernow: «Klinische Beobachtungen über die Chlorose bei Kindern: einige aetiologische Momente der Chlorose; Behandlung derselben». (Nr. 1, 2 und 3).

Die Chlorose ist nach Verf. ein rein klinischer Begriff, sie wird durch die von Duncan zuerst hervorgehobenen Veränderungen des Blutes charakterisirt: die Zahl der rothen Blutkörperchen bleibt normal, oder ist nur unbedeutend verringert, dagegen nimmt die Haemoglobinmenge sehr bedeutend ab. In diesem Sinne aufgefasst kommt die Chlorose bei Kindern nicht selten vor. Verf. führt einige charakteristische Beobachtungen an. Zur besseren Verständniss der von ihm constatirten Blutbefunde, hat Tsch. Untersuchungen des normalen Blutes bei Kindern unternommen. Bei gesunden Kindern von 2—3 Jahren beträgt das specifische Gewicht des Blutes 1055, Haemoglobinmenge ca. 14,0, rothe Blutkörperchen 6—7 Millionen, weisse 9000. Diese Werthe bleiben beständig bis zum Alter von 8 Jahren, nur dass die Zahl der rothen Blutkörperchen etwas vermindert wird bis 5—6 Millionen. Die chlorotische Alteration des Blutes hat Verf. bei Kindern häufig beobachtet, seiner Meinung nach ist die Hauptursache dieser Alteration in einer Autointoxication, entstanden durch pathologische Fermentationen im Magen-Darmtractus, zu suchen. Krankheiten der Leber, der Milz und anderer Drüsen, mit Hülfe deren der Organismus die schädlichen Stoffe zerstört, fördern in grossem Maasse diese Autointoxication. Fall I. Knabe von 8 Jahren, leidet seit langer Zeit an einer follikulären Colitis. Die Untersuchung des Blutes ergab:

Specifisches Gewicht	1047,
Rothe Blutkörperchen	5250000,
Weisse Blutkörperchen	11020,
Verhältniss derselben	1:476,
Haemoglobin	6,73.

Nachdem die chronische Diarrhoe völlig auscurirt worden war, das Körpergewicht gehoben und das Allgemeinbefinden gebessert wurden, zeigte eine 2. Blutuntersuchung (nach 2 Monaten):

Specifisches Gewicht	1056,
Rothe Blutkörperchen	6050000,
Weisse Blutkörperchen	10000,
Verhältniss derselben	1:600,
Haemoglobin	11,34.

Fall II. Knabe von 1 J. und 3 Monaten leidet an häufigen, stark übel riechenden Ausleerungen. Grosse Leber und sehr grosse Milz. Bei längerer Beobachtung konnte Verf. sich überzeugen, dass mit der Besserung der Darmthätigkeit eine Abschwellung der Milz, mit dem Wiedereinsetzen der Durchfälle eine Anschwellung derselben nachweisbar ist. Auch die Leberschwellung zeigte, wenn auch nicht in so ausgesprochenem Maasse, eine Abhängigkeit von dem Grade der Darmthätigkeit. Die Untersuchung des Blutes ergab eine chlorotische Alteration verbunden mit Leucocythose. Diese Alteration führt Tsch. ebenfalls zurück auf eine Autointoxication in Folge einer bis jetzt noch nicht bestimmten krankhaften Gährung im Darmcanal. Nach Beseitigung der chronischen Colitis, nahm das Blut allmählich wieder ihre normale Beschaffenheit an. Die übrigen Fälle bieten Analoges, nur dass nicht immer Durchfälle zu constatiren waren, zuweilen litten die Kinder an chronischer Obstipation und Symptomen von Seiten des Magens. Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass die chlorotische Alteration des Blutes aus verschiedenen Ursachen entstehe, wobei eine Hauptrolle den chronischen Durchfällen der Kinder, verschiedenen Gährungsprocessen des Darmtractus und der hiermit in Verbindung stehenden Bildung und Resorption von toxischen Produkten zukomme. Die gleichzeitige Erkrankung oder Functionsstörung der parenchymatösen Organe verstärkt die Chlorose und verzögert die Heilung. Die Drüsenanschwellung, welche recht häufig bei den chlorotischen Kindern zu finden ist, erklärt Verf. ebenfalls als eine Folge der Intoxication mit giftigen Produkten. Da die Toxine aus dem Darmtractus in die Vena portae hineingelangen, so ist eine Anschwellung der Leber leicht zu erklären. In therapeutischer Hinsicht müsse man natürlich auf die Elimination der Toxine, auf das Wiederherstellen der normalen Darmfunction sein Hauptaugenmerk richten.

Abelmann.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psicholog. Nr. 1—3, Januar—März 1897.

Falk: «Ueber die Wechselbeziehungen zwischen dem Schwachsinn und den physiologischen Erscheinungen des Vergessens». (Nr. 2).

Die von Henri, Binet, Tokarski experimentell gewonnenen Resultate über den Vorgang des Vergessens stellt Verf. in Parallele zu den Daten aus den Krankengeschichten von Paralytikern, Patienten mit laesio cerebri organica und mit angeborenem Schwachsinn. Alle Erscheinungen, welche als Merkmale von Schwachsinn aufzufassen waren, wurden systematisch protocollirt. Es ergiebt sich ein völliges Uebereinstimmen zwischen beiden Reihen. Hier, wie dort, wird ein Theil der Worte theils vergessen, theils durch neue, selbsterfundene ersetzt; am wenigsten fallen dem Vergessen anheim diejenigen Worte, welche den wesentlichen Sinn der Sätze oder den Inhalt der Erzählung wiedergeben. Die neuen Worte lassen die Neigung zur Vereinfachung des Sinnes erkennen. In beiden Protokollreihen werden ungewöhnlich häufig allgemeine Begriffe in specielle umgesetzt, ferner wird der syntaktische Bau der Sätze im Sinne einer Vereinfachung verändert, wird endlich die Neigung der Affecte zu übertrieben constatirt.

Diese Identität der Grundzüge des Vergessens und des Schwachsinns giebt einerseits einen Hinweis darauf, wie wir uns dem Verständnisse vom Wesen des Gedächtnisses nähern können, andrerseits einen neuen Beitrag dazu, wie Psychophysiologie und Psychiatrie von einander zu gewinnen vermögen, namentlich wie der bis jetzt nur empirisch feststehende Begriff des Schwachsinns präciser ausgearbeitet und umgrenzt werden kann.

Bechterew: «Ueber die künstliche Erzeugung von Sinnestäuschungen bei Alcoholikern, welche an hallucinatorischen Geistesstörungen leiden». (Nr. 2).

Anlässlich der zwischen Liepmann und Alzheimer entstandenen Controverse über obige Frage bringt der Verf. seine diesbezüglichen Erfahrungen zur Kenntniss.

Zur Erzeugung der Hallucinationen benutzt er das Summen des Hammers an einem Inductionsapparate resp. das Fixirenlassen eines glänzenden Gegenstandes. Seine Ergebnisse stimmen mit denen Liepmann's überein Die Hallucinationen traten sehr leicht ein, nicht nur bei Alcoholikern im Delirium, sondern auch bei solchen in der Reconvalescenz, mitunter Monate lang nach überstandenem Delirium. Sie haben nichts Schreckhaftes oder Unangenehmes an sich wie die spontanen Sinnestäuschungen. Als die Ursache der künstlichen Hallucinationen muss nicht nur die erhöhte Erregbarkeit der Sinnesorgane, sondern in noch weiterem Maasse der Einfluss der angespannten Aufmerksamkeit bezeichnet werden, welche die übererregbaren psychischen Centra in einen Zustand der pathologischen Erregung versetzt. Concentriren die Patienten nicht ihre Aufmerksamkeit auf die Reizungen, so rufen diese keine Hallucinationen hervor. Die diagnostische Bedeutung der künstlich erzeugten Sinnestäuschungen für die alkoholischen Geistesstörungen hält Verf. für durchaus erwiesen, wenn er auch zulässt, dass dieses Symptom auch bei anderen Psychosen auftreten kann.

M.

Дозв. ценз. Спб. 2 Іюля 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1897.

Wratsch Nr. 13—22, 1897.

J. Strshelbizki: «Zur Frage über die Febris intermittens im Tula'schen Kreise.» (Nr. 13).

Verf. untersuchte mikroscopisch in seiner Ambulanz das Blut von 77 Patienten, bei denen die Diagnose der Malariaerkrankung durch Anamnese, genaue objective Untersuchung und therapeutischen Erfolg des Chinins sichergestellt wurde. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen: die diagnostische Bedeutung der Plasmodien ist auch in der ambulatorischen Praxis unzweifelhaft; bei erwachsenen Kranken können dabei die Plasmodien in 70 Proc. der Fälle nachgewiesen werden (von 56 Fällen in 39), bei Kindern dagegen viel seltener (von 5 Fällen nur in 1). Halbmondformen fand Verfasser in keinem Falle. Die häufigsten Typen sind im Tula'schen Kreise die Intermittens tertiana und quotidiana, viel seltener quartana. Bei der Intermittens larvata fand Verfasser keine Plasmodien. Leucocythose scheint bei der Malaria nicht vorzukommen. Am häufigsten tritt die Krankheit im Tula'schen Kreise im Mai, am seltensten im November und December auf, die larvirten Formen dagegen am häufigsten in den Wintermonaten (Maximum im Januar).

W. Pylkow. «Ueber die Jodbehandlung des Trachoms.» (Nr. 13).

Es wurden vorzugsweise 1½—3 Proc. Jodlösungen in vaselinum album verwendet, da stärkere, heftige Reizung des Auges hervorrufen. Der Behandlung unterlagen ausschliesslich die schweren Trachomformen mit verschiedenen Complicationen seitens der Cornea etc. Von 46 behandelten Fällen waren die Resultate in 39 günstig, aber nicht besser, als bei den anderen medicamentösen Behandlungsmethoden, in 7 Fällen ungünstig (Recidive, Bildung grosser Narben).

J. Kolbassenko: «Ichthyol bei Pocken» (Nr. 13).

10 genau beobachtete Patienten, von denen 2 mit ausgesprochenen pyämischen Erscheinungen in's Hospital gebracht wurden und bald darauf gestorben sind, bei 4 bestand variola confluens und bei den 4 übrigen waren die Pockenpusteln sehr reichlich, ohne aber zu confluiren. Vom Beginn der Pockeneruption bis zur vollendeten Abstossung der Krusten und Borken bepinselt Verf. die befallenen Stellen (in schweren Fällen mit sehr reichlicher Pockeneruption — die ganze Körperoberfläche) 3 Mal täglich mit einer Salbe aus: Ichthyol 10,0, Ol. amygdalar. dulc. 60,0, Lanolini 20,0. Die Eigenthümlichkeiten des Krankheitsverlaufes seien dabei folgende: Jucken und Schmerz fehlen im Stadium eruptionis und suppurationis vollständig oder sind nur geringfügig. Bei der Entwickelung der Pockenpusteln steigt die Temperatur nicht über 39,5°. Die Suppuration selbst wird sehr eingeschränkt, Abscesse und Phlegmonen in der Haut kommen nicht vor. Das Exsicationsstadium dauert nur 3—4 Tage. Bepinselungen der ganzen Körperfläche werden sogar von Kindern ohne schädliche Nebenerscheinungen vertragen.

E. Kotljar: «Der gegenwärtige Stand der Pharmakologie.» (Nr. 14).

J. Kopezki: «Ein Fall einer Mischvergiftung durch Opium und Atropin». (Nr. 14).

Ein Feldscherer hat zum Selbstmordzwecke in der Nacht des 14. März ein Gemisch aus 15 grm. T-rae Opii spl. und 10 bis 15 grm. Atropinum sulfuricum eingenommen. Am nächsten Morgen wurde er in seinem Bette in tiefem Schlafe gefunden, aus dem man ihn nicht erwecken konnte; in diesem Zustande wurde er auf die Klinik von Prof. Th. Pasternacki gebracht. Befund: Haut und sichtbare Schleimhäute blass, anämisch. Hervortreibung der Augäpfel und Steigerung des Tonus derselben, Erweiterung und Unbeweglichkeit der Pupillen. Trismus. Nackenmuskulatur steif. Verlust des Bewusstseins und des Gefühls. Klonische Zuckungen in den Muskeln der oberen und unteren Extremitäten. Bedeutend gesteigerte Sehnenreflexe. Contractionen in den unteren Extremitäten. Athmung tief, verlangsamt, 8 in der Minute. Puls — voll, 132, etwas arythmisch. Man sieht aus diesen Symptomen, wie schwer es zu entscheiden war, mit was für einem Gifte man es zu thun hatte. Als Richtschnur konnte jedenfalls das neben dem Kranken gefundene Fläschchen Opiumtinctur dienen. Die Pupillenerweiterung, steife Muskulatur, tiefe Athmung, der volle und beschleunigte Puls sprachen aber gegen eine Opiumvergiftung. Die Erscheinungen seitens des Auges und des Herzens liessen eine Atropinvergiftung vermuthen, dagegen sprach aber das Fehlen psychischer Excitation. Zwar tritt im letzten Stadium der Atropinvergiftung an Stelle der Excitation comatöser Zustand ein, die erhöhten Reflexe und voller Puls sprachen aber gegen solch eine Annahme. Prof. Pasternacki hat in Folge dessen eine Mischvergiftung durch Opium und Atropin mit vorwiegenden Symptomen einer Opiumvergiftung diagnosticirt. Es wurden verordnet: schwarzer Kaffee, Ol. camphorat. (1:10) subcutan, heisse Klysmen und abwechselnd kalte (20° C.) und warme (30° C.) Wannen, wobei Pat. in letzteren längere Zeit verblieb, in ersteren aber nur einige Secunden. Bei dieser Behandlung hat sich Pat. nach 2 Tagen vollkommen erholt.

S. Bartoschewitsch: «Ueber die Anwendung der Widal'schen Reaction zum Nachweis der Typhusbacillen im Wasser.» (Nr. 15).

Die zahlreichen Versuche des Verf. haben folgendes ergeben: Wird zu Typhusbacillenhaltigem Wasser Blutserum eines Typhuskranken zugesetzt, so tritt die charakteristische Reaction ein, sind im Wasser aber nur die gewöhnlichen Darmbacterien, oder andere, den Typhusbacillen morphologisch ähnliche Stäbchen enthalten, so bleibt die Reaction aus.

A. W. Wladimirow: «Ueber die Technik der Bereitung des Pest-Heilserums». (Nr. 16).

R. Katz: «Skiaskopische Beobachtungen in der Schule.» (Nr. 16).

106 von K. untersuchte Schülerinnen zeigten bei der skiascopischen und der gewöhnlichen subjectiven Untersuchungsmethode dieselbe Refraction.

N. Solotawin: «Milchsäure in einem Falle von Arthritis nodosa». (Nr. 16).

Ausführliche Krankengeschichte einer an Arthritis nodosa leidenden Pat., bei der alle inneren (Natr. salicylic., Kali jodatum, Piperazin) und äusseren Mittel (Narcotische Einreibungen, Massage, Electricität, Bäder) resultatlos blieben. Nach einer Mittheilung von Dr. Clemens grift Verfasser zur Milchsäure. Pat. gebrauchte dieselbe, täglich 10—12 Tropfen in einem Teller gesäuerter Milch, ein Jahr lang. Die Resultate waren sehr befriedigend.

R. Katz: «Ueber die Lichtintensität der Stearinlichter im Verhältniss zur normalen Lichteinheit». (Nr. 17).

Bei verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen scheint das Hefner-Alteneck'sche Normallicht am meisten Eingang gefunden zu haben. Diesem am nächsten steht die Lichtintensität einer Stearinkerze von 1/5 Pfund Gewicht, weshalb letzteres als normale Lichteinheit gebraucht werden kann.

J. Wichodzew: «Borshom bei Podagra und bei Behandlung der Harnsäuredyskrasie.» (Nr. 17).

Auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen über den Einfluss der Borshom'schen Katharinenquelle auf den Verlauf der gichtischen Gelenkaffectionen und der gichtischen Erkrankungen der übrigen Organe kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Beim Gebrauch des alkalischen Mineralwassers der Katharinenquelle werden die gichtischen Anfälle viel kürzer und schwächer. Die Katharinenquelle ist ein starkes Diureticum. Das Lösungsvermögen derselben für die Harnsäure und ihre Salze, documentirt sich schon vom Ende der ersten Woche durch die Ausscheidung eines sehr trüben, stark concentrirten Harns. Die Gelenkschwellungen gehen allmählich zurück. Gleichzeitig damit tritt eine Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes ein.

E. Wolkowitsch: «Zur Bakteriologie der gesunden Conjunctiva des Auges.» (Nr. 17 u. 18).

Die sehr eingehenden mikroscopischen und bacteriologischen Untersuchungen des Inhaltes des Conjunctivalsackes von 30 Personen mit vollkommen gesunden Augen haben Folgendes ergeben: 1) Eiterung erzeugende Mikroben sind im gesunden Conjunctivalsacke vorhanden. 2) Unter den Mikroben des gesunden Conjunctivalsackes praevaliren die Kokken, 3) Die Anwesenheit der Mikroben wurde bacteriologisch in 90 Proc., microscopisch in 70 Proc. der Fälle constatirt. 4) Die Auffindung verschiedener Mikrobenarten im gesunden Conjunctivalsacke hängt wahrscheinlich, von der Jahreszeit ab (die Untersuchungen des Verf. dauerten vom 10. Februar bis zum 7. Juni), da im Frühling fast in jedem Falle der bacillus subtilis vorhanden war. 5) Bei wiederholten Untersuchungen waren im Inhalte desselben Conjunctivalsackes immer neue Microbenarten zu finden, woraus zu schliessen ist, dass 6) alle gefundenen Microben darin nur zufällig vorhanden waren. Die am häufigsten vorkommenden Arten dürfen daher nicht als ständige Bewohner der gesunden Conjunctiva betrachtet werden.

E. Nesnamow: «Ueber die Indicationen zur Jodbehandlung des Trachoms.» (Nr. 17).

Als Vehikel benutzte N. Glycerin oder Oleum vaselin. alb., in dem das Jod sich bis zu ½% löst. Stärkere Lösungen können durch Zusatz von etwas Alkohol (zum Glycerin) oder Aether (zum Vaselin) hergestellt werden. Beim folliculären Trachom genügen ½—1½% Lösungen, um die Krankheit während kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen. Beim Narbentrachom mit Verdickung des Knorpels ist die Prognose weniger günstig, doch werden auch hier durch 3—4 Monate fortgesetzte Pinselungen mit 2—3 Proc. Lösungen gute Resultate erreicht. Pannus trachomatosus ist keine Contraindication für dieselben. Beim Xerophthalmus trachomatosus bringen schwache Jodlösungen den Patienten grosse Erleichterung. Sogar bei 4—6 Proc. Lösungen hat N. niemals unangenehme Erscheinungen beobachtet. Endlich sei das Jod auch bei Dacryocystitis blenorrhoica eins der besten Mittel. Nach 1—4 Injectionen einer 1 Proc. Lösung durch das eröffnete Thränenkanälchen direkt in den Thränensack wird die eitrige Secretion schleimig, um nach einiger Zeit ganz zu sistiren.

S. Gerzog: «Ueber den Werth einiger Wiederbelebungsmethoden bei üblen Zufällen während der Narkose». (Nr. 18) (s. auch Ref. in dieser Beilage, pag. 1, 1897) II.

Die König-Maas'sche Methode. Diese wird in folgender Weise ausgeübt: Der Arzt stellt sich an die linke Seite des Pat., das Gesicht dem Kopfe desselben zugewendet; die rechte Hohlhand wird so der Herzgegend aufgelegt, dass der Thenar zwischen Herzspitze und linken Sternalrande zu liegen kommt und an dieser Stelle stark und rasch andrückt (120 Mal in der Minute). Zu gleicher Zeit fasst die linke Hand die rechte Brusthälfte des Pat., um den Körper desselben festzuhalten. Die zahlreichen Versuche des Verf. an chloroformirten und ätherisirten Hunden zeigten, dass diese Methode zu den wichtigsten Wiederbelebungsmitteln gehört. III. Die künstliche Athmung nach Schüller. Die hackenförmig gekrümmten Finger beider Hände fassen die Rippenbögen des Pat. und ziehen sie zuerst nach oben und aussen (Einathmung) und darauf nach unten, in der Richtung zur Bauchhöhle (Ausathmung). Diese Methode steht der König-Maas'schen an Wirksamkeit weit nach.

E. Henking: «Ueber die Behandlung der Pott'schen Kyphosen nach der Methode von Dr. Calot in Berck sur Mer». (Nr. 9).

Verf. berichtet über die Eindrücke, welche er während seines Aufenthaltes in Berck von dem Calot'schen Verfahren gewonnen hat. Dasselbe besteht aus 2 Acten: 1) Redression der Kyphose und 2) Anlegen eines Gypsverbandes auf den ganzen Körper des Pat., der die Wirbelsäule desselben in der ihr gegebenen Lage festhält. Die Redression wird von Calot, je nach den sich darbietenden Schwierigkeiten, verschieden, im Allgemeinen aber in folgender Weise ausgeführt: Der chloroformirte Pat. wird auf den Tisch, mit dem Bauche nach unten, gelegt. Die Assistenten legen ihre Hände zwischen dem Tische und dem Körper des Pat. in der Art, dass letzterer mehr auf ihren Händen, als auf dem Tische zu liegen kommt und extendiren denselben, indem sie ihn beim Kopfe, Händen und Füssen fassen. Operateur selbst legt seine Hände auf den Rücken des Pat. und übt einen anfangs leichten, allmählig aber immer stärkeren Druck auf die Processus transversi des kyphotischen Theils der Wirbelsäule. Die Geraderichtung der Wirbelsäule lässt sich häufig sehr leicht herstellen; bei alten, grossen Gibbi mit mehr spitzwinkeliger Kyphose bietet aber dieselbe grosse Widerstände. In solchen Fällen genügt die Lage des Pat. auf dem Tische nicht, weil sie die dabei erforderliche Kraftanwendung nicht erlaubt. Dann muss der Pat. von kräftigen, geschulten Assistenten, auf den Händen derselben schwebend, horizontal gehalten werden, die gleichzeitig dem starken Drucke des Operateurs von oben entgegenwirken und den Pat. extendiren. Die Redression wird solange fortgesetzt, bis der kyphotische Wirbelsäultheil eine leichte Lordose erhalten hat und der darauf angelegte Gypsverband vollkommen verhärtet ist. Die Geradestellung der Wirbelsäule documentirt sich durch ein fühlbares, zuweilen sogar hörbares Krachen. Beim grossen Widerstande seitens der Wirbelsäule kann die Geraderichtung desselben in gewissen Fällen dadurch erleichtert werden, dass zuerst die Processus Spinosi des kyphotischen Theiles abgetragen werden. Es folgt darauf der zweite Theil der Operation — die Anlage des Gypsverbandes, der den Kopf und Rumpf des Pat. vollständig unbeweglich erhalten muss. Der erste Verband bleibt 3 Monate liegen und wird dann durch einen zweiten und darauf durch einen dritten, die ebensolange liegen bleiben, ersetzt. Erst nach 9 Monaten bekommt Pat. einen den Sayre'schen Gypscorseten ähnlichen, leichteren Gypsverband. Von dieser Zeit an muss Pat. sich allmählig an's Gehen gewöhnen. Unter den 150 Patienten Calot's waren Kinder und Jünglinge im Alter von 2—20 Jahren, deren Gibbi sich in den verschiedenen Theilen der Wirbelsäule befanden; der längste Bestand eines Buckels vor seiner Redression war 8½ Jahre. Einige Patienten besassen auch Senkungsabscesse in der fossa iliaca. Die Resultate waren in allen Fällen glänzend.

A. Sakiew: «Zur Aetiologie und klinischem Verlaufe der Nierenentzündung». (Nr. 20).

Unter den acuten Infectionskrankheiten, die zur Entstehung einer Nephritis Veranlassung geben, scheint das Wechselfieber eine sehr wichtige Stelle einzunehmen. In der Anamnese der 81 in den letzten 2 Jahren von ihm behandelten Nephritiker fand Verf. die Malaria in 16 Fällen (19,7%) angegeben.

N. Burzew: «Zur Casuistik der parenchymatösen Hornhautentzündung». (Nr. 20).

Die 2 vom Verf. beobachteten Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die parenchymatöse Keratitis 2 mit hereditärer Lues belastete Schwestern im Alter von 14 und 15 Jahren, betroffen hat und bei beiden von gleichen Veränderungen des Augenhintergrundes begleitet war, die für hochgradige Myopie characteristisch sind. Bei der älteren bestand auf dem rechten Auge: M. 10,0 D., Staphyloma posticum und Choroiditis centralis; bei der jüngeren — auf dem linken Auge: M. 13,0 D., Choroiditis im hinteren Theile der Aderhaut und Glaskörpertrübungen; bei beiden ausserdem — Nystagmus oscillatorius.

G. Wolynzew: «N. J. Pirogow, als Professor und Pädagog». (Nr. 20 u. 22).

O. Nowizky: «Zur Kasuistik der Hysterie bei Soldaten. Ein Fall sog. hysterischen Fiebers». (Nr. 21).

S. Michalew: «Beobachtungen über die Wirkung des Kefirs bei Behandlung der Kinderdiarrhöen». (Nr. 21).

Während der schwache Kefir eine abführende Wirkung besitzt, können die mittlere und starke Sorten desselben mit grossem Nutzen bei Behandlung der Durchfälle und besonders der Kinderdiarrhöen infolge acuten und chronischen Magendarmkatarrhs angewandt werden. Contraindicirt ist derselbe im ersten Stadium der Cholera infantum und Dysenterie. Bei acuten Diarrhöen giebt Verf. 1—2, bei chronischen 4—5 Flaschen pro die. Die mittlere Sorte lässt er in den Fällen gebrauchen, wo der allgemeine Ernährungszustand des Pat. noch ein verhältnissmässig guter ist, die starke —, wenn bei stark gesunkenem Ernährungszustande der Durchfall rasch beseitigt werden muss. Verf. verordnete den Kefir in seiner Privatpraxis und in der Ambulanz des Ekaterinodar'schen Stadthospitals und ist mit den Resultaten sehr zufrieden.

P. Nikonorow: «Immunitätsversuche an Thieren mit dem Diphtherietoxin und antidiphtheritischem Heilserum». (Nr. 22).

A. Sacher.

Djetskaja Medicina № 3, 1897.

N. Filatow: «Die chronische seröse Peritonitis».

An der Hand eines von ihm in seiner Moskauer Klinik beobachteten Falles bespricht Verf. die differentielle Diagnostik. Symptomatologie und Therapie dieses äusserst seltenen Leidens. Gleich der tuberculösen Bauchfellentzündung, beginnt die seröse Peritonitis schleichend, es tritt Fieber auf und Unregelmässigkeiten der Darmthätigkeit. Das Allgemeinbefinden leidet aber nicht sehr, die Kinder haben gewöhnlich Appetit und wollen sich nicht zu Bette legen lassen. Bei der tuberculösen Peritonitis sind die Bauchdecken gewöhnlich stark gespannt. das Abdomen bekommt eine ovale Form. an einzelnen Stellen ist es sehr empfindlich; bei der Palpation entdeckt man Verhärtungen und flüssiges Exsudat, das zuweilen gar nicht, zuweilen nur in sehr beschränkten Grenzen bei der Lageveränderung der Kranken Beweglichkeit zeigt. Bei der serösen Peritonitis findet man das Bild eines gewöhnlichen Ascites, die Bauchdecken sind nicht gespannt und nicht auf Druck empfindlich, die Form des Abdomens ist kugelförmig, die Flüssigkeit ist leicht beweglich. Während die tuberkulöse Entzündung des Peritoneums eine fortschreitende Cachexie bedingt, bleibt die seröse Peritonitis im Verlaufe von 2—3 Monaten stationär und endet schliesslich mit günstigem Ausgange; letzterer tritt auch ein ohne jeden therapeutischen Eingriff, lediglich in Folge der ruhigen Bettlage. In dem vom Verf. beobachteten Fall wurde laparotomirt, das Exsudat war trübe, von gelblicher Farbe, enthielt viel Eiweiss. Dreien Meerschweinchen wurde das Exsudat in die Bauchhöhle injecirt — der Erfolg war ein negativer.

W. Tschernow: «Ueber locale und allgemeine Symptome der Autointoxication aus dem Magen-Darmcanale; Oedeme ohne Albuminurie».

A. Pukalow: «Calomel bei der Blenorrhoea neonatorum».

Verfasser hat das Mittel in 57 Fällen von ausgesprochener Blenorrhoe der Neugeborenen mit sehr gutem Erfolge angewandt; zunächst spritzt er das Auge mit 2%-iger Borsäurelösung aus und trocknet es mit hygroskopischer Watte, alsdann streut er auf die ectropionirten Lider und auf die Cornea Calomelpulver (vapore paratum). Selbst in den schwersten Fällen kann man am nächsten Tage eine Abnahme der Secretion und Abschwellung der Lider constatiren. Nach 2—3 Einstäubungen ist die Blenorrhoe gehoben. Zur Verstärkung des Effectes kann man nach der Calomeleinstäubung Compressen aus 1%-iger Kochsalzlösung verordnen. Diese Behandlung dauert nicht länger. als 7—8 Tage. nur in verschleppten Fällen, wo 5 mal eingestäubt werden muss, dauert die Behandlung zwei Wochen. Als einen Vorzug dieser Therapie sieht Verf. den Umstand an, dass die Einstäubung ohne Assistenz gemacht werden, ja sogar den Eltern überlassen werden kann.

A. Gerschenson: «Die Resultate der Behandlung an den Odessaer Limanen auf der sanitären Kinderstation».

Im Ganzen wurden 196 Kinder behandelt. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend. Verfasser stellt einzelne Gruppen von Krankheiten zusammen und bespricht den Effect der Limane. Die 1. Gruppe (86 Kinder) betrifft verschiedene Krankheitsbilder, die mit der allgemeinen Diagnose «Scrophulosis» bezeichnet werden können. Unter dem Einflusse des Schlammes wurden grosse Drüsenpackete zum Schwinden gebracht, wobei es nicht in einem einzigen Falle zur Vereiterung kam. Sehr rasch schwanden die chronischen Nasen- und Ohrcatarrhe. 6 Kinder litten an scrophulösen Abscessen der Halslymphdrüsen (lymphadenitis colli exulcerans). Bei dreien hörte die Eiterabsonderung auf, und es trat völlige Vernarbung ein; bei 3 anderen war der Effect auch nicht ausgeblieben, es bildeten sich gute Granulationen, die Eiterabsonderung versieg, und die Kinder waren bei ihrer Abreise auf dem Wege zur völligen Heilung. Die 2. Gruppe betrifft 69 Kinder mit tuberculösen Gelenk- und Knochenaffectionen; bei 55 von ihnen war der tuberculöse Process in vollständiger Blüthe. In der Mehrzahl der Fälle trat bald Besserung ein; die Schmerzhaftigkeit und die Schwellung wichen, die Bewegungen wurden leichter, die Eiterung aus den Fistelgängen sistirte, es bildeten sich kräftige Granulationen. Besonders gut waren die Resultate bei Wirbelcaries, bei Gonitis und tuberkulöser Affection des Talo-cruralgelenkes. Die Behandlung war hier eine combinirte — Liman neben abnehmbaren Gypsverbänden. Die 3. Gruppe umfasst 14 Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus. Auch hier war der Effect der Limanbehandlung eclatant; endlich, die 4. Gruppe betrifft 17 Kinder, die an Anaemie, hereditärer Syphilis, Rachitis, und Kinderlähmung laborirten, hier war der Effect ein sehr geringer.

P. Isstomin: «Ein Fall von Basilarmeningitis».

Es handelte sich um eine tuberkulöse Meningitis ohne Hydrocephalus acutus, die zu Lebzeiten von der einfachen Basilarmeningitis schwer zu unterscheiden war.

N. Alexejew: «3 Fälle von Tetanus».

Beobachtet an 3 Knaben von 4, 7 und 11 Jahren. Bei zweien war ein Trauma als Ursache zu constatiren. Behandlung mit Chloralhydrat und Brom. 2 genasen, 1 starb.

W. Krutowski: «Ein Fall von angeborener Geschwulst der Sacralgegend bei einem 2-tägigen Kinde».

Es handelte sich um ein colossales blutreiches Dermoid, das mit einem kurzen Stiel an der Haut der Analöffnung befestigt war. Der Tumor wog 3½ Pfund und konnte leicht entfernt werden.

A. Kissel: «Ein Fall von ungewöhnlicher Weichheit der Knochen bei einem Kinde von 1 Jahre und 3 Monaten».

Ausgesprochene, schwere Rachitis. Die Vorderarmknochen sind so weich, dass sie leicht unter gradem Winkel gebogen werden können, ohne dass Infractionen auftreten; sich selbst überlassen nehmen sie wieder ihre ursprüngliche Lage ein. Die Knochen der unteren Extremitäten sind ebenfalls weich, doch lassen sie sich nicht so stark biegen.

A. Kissel: «Ileus bei einem 11-jährigen Mädchen. Auswaschung des Magens, Heilung».

Abelmann.

Eshenedelnik 6—18. 1897.

J. Troitzky: «Ein Fall von Strumitis erysipelatosa bei Morbus Basedowii mit Ausgang in Heilung». (Nr. 6).

Bei einer 56-jährigen Pat. die an Morbus Basedowii litt und ein kindskopfgrosses Struma hatte. trat ein Erysipel des Halses speciell der das Struma deckenden Hautoberfläche ein. Nach kurzer Zeit bildete sich ein Abscess, aus dessen Höhle einen Monat lang in reichlicher Menge Eiter ausgeschieden wurde. Die Geschwulst verkleinerte sich, bis nach Monaten von einer Vergrösserung der Schilddrüse keine Spur vorhanden war. Gleichzeitig schwanden die Anzeichen der Basedowschen Krankheit.

M. Schiperowitsch: «Historischer Ueberblick des 25-jährigen Bestehens der Petersburger medicinischen Gesellschaft». (Nr. 7 u. 8).

W. Owtschininsky: «Ein Fall von hartnäckigem Singultus im Verlauf der Malaria». (Nr. 9).

Ein 33-jähriger Bauer erkrankte an Malaria; mit den Anfällen in Verbindung stand das Auftreten von hartnäckigem Singultus alle 5—10 Minuten in periodischen Zwischenräumen während der Dauer des Malariaanfalles. Bei zweckentsprechender Behandlung sistirte der quälende Singultus gleichzeitig mit der Grundkrankheit. Verf. hält diesen für eins der mannigfaltigen Symptome, «Caprisen», der Malaria.

A. Radkewitsch: «Ueber die Behandlung der Verbrennung 2. u 3. Grades mit Thioform». (Nr. 9).

Verf. hat in 100 Fällen von Verbrennung das Thioform angewandt in Pulverform, so dass sich über der Wundfläche ein Schorf bildete, unter der die Verheilung gut von statten ging.

E. Wainstein: «Drei Fälle von Eclampsie bei Mutter und Kind». (Nr. 10).

Fall I: 38-jährige VIII para, 11 Anfälle vor der Geburt, blutige Erweiterung des Muttermundes, Wendung u. Extraction. Das gut entwickelte Kind asphyktisch geboren, belebt. 4 Tage ist das Kind ganz gesund, am Abend des 4. Tages Cyanose und tonisch clonische Krämpfe, die sich steigerten und in kurzer Zeit zum Ende führten. Die Mutter genas.

Fall II: 28-jährige Primipara, 12 Anfälle vor der Geburt Zwillinge, Extraction des ersten in Steisslage, beim zweiten Wendung und Extraction, Asphyxie. Nach 3 Stunden setzen clonisch-tonische Krämpfe ein, 9 Anfälle in 14 Stunden, dann Genesung.

Fall III: 22-jährige Erstgebärende. 3 Anfälle vor der Geburt, Zwillinge, beim ersten wurde Wendung und Extraction

gemacht, beim zweiten die Zange angelegt. Nach der Geburt 19 Anfälle bei der Wöchnerin. Beim ersten Kinde traten 10 Stunden nach der Geburt tonisch-clonische Krämpfe mit Cyanose auf, die sich im Laufe von 24 Stunden 12 Mal wiederholten. Der Harn enthielt eine geringe Quantität Eiweiss und körnige Cylinder. Genesung von Mutter und Kind.

A. Danzig: «Zur Casuistik der Inguinal- und Cruralhernien». (Nr. 11).

Rechtsseitige incarcerirte Cruralhernie von Kindskopf-Grösse, Herniotomie, Heilung. Der andere Fall bezieht sich auf eine rechtsseitige Inguinalhernie, die nach Bassini operirt wurde.

P. Loschtschilow: «Zur Casuistik der Vergiftung mit Semina daturae Stramonii». (Nr. 12).

Vergiftungserscheinungen bei einem 7-jährigen Mädchen nach Genuss von Stramoniumsamen. Genesung.

M. Zeitlin: «Zur Casuistik des Rhinoscleroms». (Nr. 13).

Ein 42-jähriger Lehrer erkrankte an einer serösen exsudativen Pleuritis, daneben bestand putride Bronchitis und ein stinkender Ausfluss aus der Nase. Bei der rhinoscopischen Untersuchung erwies es sich, dass der knorpelige Theil des Septums vollkommen fehlte. Der stinkende Ausfluss bestand schon 15 Jahre, bei einer früheren Untersuchung war der Fritsch'sche Bacillus gefunden worden. Der destructive Process ging weiter, die Uvula war zerfressen, Infiltration der weichen Gaumenbögen und narbige Verengerung des Nasenrachenraumes traten hinzu. In einem noch weiteren Stadium fehlten auch die Mandeln, auf dem harten Gaumen waren Narbenzüge sichtbar, der weiche Gaumen war mehr weniger zerfressen oder durch Narbengewebe verändert, auf der Mittellinie desselben befand sich eine 1/2 ctm. grosse Oeffnung, aus der Eiter secernirt wurde.

J. Violin: «Zur Frage über die begrenzten, asymetrischen Oedeme». (Nr. 13).

Verf. beschreibt 3 Fälle bei denen in Gefolge einer Grundkrankheit (Phthisis pulm. Caries ossis sacri und Nephritis parench.) neben mehr oder weniger ausgebildeten Stauungserscheinungen und Oedemen der unteren Extremitäten in allen 3 Fällen der linke Unterarm und die Hand oedematös geschwollen waren.

W. Krutowsky: «Dritter Bericht über Staarextractionen aus Krasnojarsk (Gouvern. Jenissei)». (Nr. 14).

Beschreibung und Registrirung von 53 Staaroperationen nach Alter, Diagnose, Complicationen etc. Der Erfolg war in 40 Fällen ein guter, in 8 Fällen ein befriedigender, in 5 Fällen ein unbefriedigender.

R. Koch: «Ueber neue Tuberculinpräparate». (Nr. 15).

Uebersetzung aus der deutschen Med. Wochensch. Nr. 14. 1897.

O. Resmikow: «Marienbad». (Nr. 16 und 17).

Enthält genaue Angaben über die Quellen, die Analysen, Indication etc.

Lingen.

Medicinskoje obosrenje. Nr. 5–7.

W. Bormann: «Die Blutcysten der seitlichen Halsregion». (Nr. 5).

2 vom Verfasser beobachtete Fälle.

J. Rubzow: «Zur Behandlung der incarcerirten Hernien». (Nr. 5).

Verfasser behandelt seit einigen Jahren die incarcerirten Hernien zunächst mittels subcutaner Morphiuminjection und warmen Bädern und hat in vielen Fällen gute Resultate gesehen. Im Ganzen behandelte er auf diese Weise 17 Fälle, von denen 14 geheilt wurden. Die Bäder hatten eine Temperatur von 30°—35° R. und die Patienten blieben 15—30 Minuten in denselben. Die Morphiuminjection (0,01) wurde in der Gegend des Einklemmungsringes ausgeführt. Die Kranken fühlten sich gewöhnlich nach dieser Behandlung viel besser, die Schmerzen schwanden, und häufig konnte man dann die Hernie reponiren. R. empfiehlt in allen Fällen von frischer Einklemmung diese Methode zu probiren.

L. Medwjedew: «Ueber die Localisation der organischen Stricturen der Harnröhre». (Nr. 5).

Die Strictura urethrae proprie sic dicta ist eine chronische Affection; dieselbe besteht darin, dass die Harnröhrenwände ihre Elasticität eingebüsst haben, so dass bei der Contraction des Detrusor die Wände nicht zu einem breiten Canal ausgedehnt werden können. Dieser Elasticitätsverlust ist durch die Erkrankung des spongiösen Gewebes (spongitis), das allmählich in Narbengewebe umgewandelt wird, bedingt. Bei jungen Leuten, bei denen dieses junge Narbengewebe Neigung zur Hyperplasie zeigt, ist die Strictur eine hypertrophische (diffus, oder knotenförmig, oder ringförmig); bei älteren Leuten spricht man von einer atrophischen, oder marantischen Strictur. Die Localisation der organischen Stricturen hängt somit von dem Vorhandensein und der Beschaffenheit des spongiösen Gewebes ab: In der unteren Wand des Bulbus ist das spongiöse Gewebe sehr locker, blutreich, in Folge dessen mehr geneigt zu chronischen Entzündungsprocessen, zumal man wegen der erschwerten Zugänglichkeit der Stelle nicht viel therapeutisch vornehmen kann, desshalb sind hier auch die Stricturen am häufigsten; es ist eben diejenige Parthie der Spongiosa urethrae, die dem oberen Blatt des Ligamentum triangulare fest anliegt und das vordere Drittel der Pars membranacea bedeckt. Die zweite Stelle ist der Angulus penoscrotalis, die dritte — dicht hinter der Fossa navicularis.

P. Radswitzki: «Ein Fall von Enophthalmus mit intermittirendem Exophthalmus». (Nr. 5).

22-jähriger Maurer zeigt folgenden Status. Herzgrenzen normal; normale Beschaffenheit des Urins. Im peripheren und centralen Nervenystem keine Anomalien. Bei aufrechter Körperstellung liegt die linke Lidspalte etwas niedriger, als die rechte; entsprechend dem oberen Rande des Lidknorpels am oberen Lide des linken Auges und dem unteren Knorpelrande des unteren Lides stark nach hinten gezogene Falten. Das subcutane Zellgewebe der Lider atrophisch. Das Schliessen und Oeffnen des Auges ist nicht behindert. Die Durchmesser der Apertura orbitae anter. betreffen: der linke verticale = 3,4 cm. der rechte 2,9 cm, der horizontale beiderseits 3,6. Pupillen beiderseits gleich; die Venen der Retina sind etwas geschlängelt, doch an beiden Augen in gleichem Maasse. Die Beweglichkeit des linken Auges nach aussen ist etwas beschränkt. Liegt der Kranke horizontal, so verstärkt sich der Enophthalmus; bei Druck fällt der linke Augapfel noch mehr zurück. Bei leichtem Druck auf die Venae jugulares oder sogar beim Beugen des Kopfes nach unten tritt starker Exophthalmus des linken Auges ein; Druck auf die Carotis bleibt ohne Wirkung. Weder bei Inspection, noch bei Palpation lassen sich pulsatorische Erscheinungen am linken Auge wahrnehmen. — Verfasser nimmt als Ursache eine varicöse Veränderung der Orbitalvenen an.

J. Tschuprin: «Die Behandlung des Katarrhes der eustachischen Röhren und des mittleren Ohres». (Nr. 5).

Verfasser schlägt vor diesen Katarrh mittels Injectionen von 1% -iger Soda-Kochsalzlösung in die Paukenhöhle zu behandeln. Die Injectionen können täglich, oder alle 2 Tage ausgeführt werden; es werden 2 ccm. der erwärmten Lösung gebraucht (Natrii chlorati, Natri bicarbonici aa 1,0 Aq. destillat, 100,0) und durch den gewöhnlichen Ohrkatheter, der zunächst in die eustachische Röhre eingeführt wird, in die Paukenhöhle injicirt. Die Kranken selbst spühren, wenn die Flüssigkeit ins mittlere Ohr gelangt. Bald nach der Injection klagen sie über starkes Rauschen im Ohr, das jedoch nicht lange anhält, da die Flüssigkeit rasch resorbirt wird. Die Resultate dieser Behandlungsmethode sollen sehr günstig sein.

N. Michailow: «Zur Casuistik des Rhinoscleroms». (Nr. 5).

W. Burgsdorf: «Ein Fall von Psoriasis vulgaris auf Narben eines Knötchen-Syphilids». (Nr. 5).

S. Abramow: «Zur Lehre von den pathologo-anatomischen Veränderungen der serösen Häute bei acuten fibrinösen Entzündungen». (Nr. 5).

Auf Grund seiner umfangreichen experimentellen Beobachtungen und mikroskopischer Studien, behauptet Verf. dass die Hauptrolle bei der Bildung der Membranen der Nekrose des Endothels zufalle. Der Zerfall der rothen Blutkörperchen hat insofern Bedeutung, das dadurch die Membranen verdickt werden.

A. Poliewktow: «Beobachtungen über die Anwendung des Marmorek'schen Antistreptokokkenserums». (Nr. 6).

Verfasser hat das Serum in der pädiatrischen Klinik zu Moskau bei Scharlach und Erysipel angewandt. Die 17 Scarlatinafälle bringt Verfasser in 2 Kategorien; in der 1. sind

die Fälle, wo das Serum in kleinen Dosen (10 ccm.) nur 1 Mal eingespritzt worden war behufs Verhütung der Scharlachcomplicationen; in den 2. — Fälle, wo grössere Dosen und häufigere Injectionen angewandt wurden. Die Resultate waren sehr ungenügend. Von den 17 vaccinirten starben 8. Als Prophylaxe der Complicationen erwies sich das Serum durchaus nicht; zur bestimmten Zeit traten trotz der Marmorek'schen Injectionen die Otitiden, Lymphadenitiden, Nephritiden etc. ein; auch auf das Fieber hatte das Mittel keinen Einfluss, ebenso auf den Allgemeinzustand der kranken Kinder. Besser war die Wirkung des Serums bei Erysipel; hier konnte P. ein rascheres Schwinden des Fiebers und Hebung des Allgemeinbefindens constatiren.

A. Kissel: «Ein Fall von eitriger Pleuritis bei einem 7-jährigen Knaben, geheilt mittelt der Lewaschow'schen Methode». (Nr. 6).

W. Moltschanow: «2 Fälle von Augendiphtherie mit Seruminjection behandelt». (Nr. 6).

Sehr günstige Resultate.

Urbanowitsch: «Zur Casuistik der Tuberkulose der Genitalorgane im kindlichen Alter». (Nr. 6).

In einem Falle von Miliartuberkulose fand U. bei der Section die Tuben mit Käsemassen gefüllt, das den Uterus und die Tuben bedeckende Bauchfell war mit Tuberkeln durchsetzt.

Abelmann.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psicholog. Nr. 1—3, Januar—März 1897.

Schtscherbak: «Ueber die Organisation und Thätigkeit der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Kaiserlichen Universität zu Warschau während des Jahres 1895». (Nr. 2 und 3).

Für die Geisteskranken stehen alte, völlig unzureichende Räumlichkeiten zur Verfügung. An Geldmitteln zur Beseitigung dieser Uebelstände mangelt es. Dieser trostlosen Lage entsprechend hat der klinische Unterricht mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und kann nur den unmittelbarsten Forderungen nachkommen.

Holzringer: «Geisteskrankheiten in Abessinien». (Nr. 3).

Der höchst interessante Artikel giebt in Kürze die ärztlichen Erlebnisse des Verf. als Mitglied der Expedition des russischen Rothen Kreuzes nach Abessinien im Jahre 1896 wieder. Ausser einer Reihe von geographischen, ethnographischen und allgemeinen anthropologischen Daten theilt Verf. speciell seine Erfahrungen über die Nerven- und Geisteskrankheiten in jenem Lande mit.

Die indigene Bevölkerung wandte sich mit grossem Vertrauen an die europäischen Aerzte. Die Ambulanz in der Hauptstadt Meneliks, Addis-Ababa, wurde im Laufe von $2^1/_2$ Monaten von 10 Tausend Patienten besucht, von welchen etwa die Hälfte sich zu wiederholten Malen vorstellte. Geisteskranke fand Verf. 14, Nervenkranke 107. Diese 121 Fälle vertheilen sich folgendermaassen:

Idiotismus und Imbecillitas	5	
Hysteria	3	
Paranoia hypochondriaca	3	
Amentia (hallucinat.)	1	
Maniakalische Aufregung	1	
Hallucinationes	1	
Epilepsia	27	
Laesio cerebri organica	3	
Hemiplegia	9	
Tabes dorsalis	6	
Cerebrospinale Affectionen	2	
Meningomyelitis luetica	1	
Amyotrophische Lateralsclerose	1	
Multiple Sclerose	1	
Transversalmyelitis	1	
Polyomyelitis ant.	2	
Paraparesis spastica	15	(Guoja = Lathyrismus)
Neuritis	13	
Periphere Lähmungen	18	
Progressive Muskelatrophie	2	
Paralysis agitans	1	
Myxoedema	1	
Morbus Menieri	1	
Impotentia coeundi	3	

Einige kurze Krankengeschichten illustriren die einzelnen Formen der Geistesstörungen.

Es ergiebt sich, dass Geisteskrankheiten im Allgemeinen selten vorkommen, dass vor Allem die progressive Paralyse vollständig unbekannt ist. Obgleich die Trunksucht sehr verbreitet ist und obgleich Lues fast das ganze Land durchseucht hat, indem mindestens 80% der Bevölkerung an dieser Krankheit leiden, hat Verf. weder selbst einen Fall von progressiver Paralyse auffinden, noch von den lange im Lande lebenden Europäern und von den intelligenteren Eingeborenen irgend etwas auf diese Krankheit Verdächtiges in Erfahrung bringen können.

Für die Syphilis-Paralyse-Theorie ist diese Thatsache von grosser Bedeutung, umsomehr als die abessinische Lues äusserst leicht verläuft (es kamen fast nur condylomatöse Formen zu Gesicht, tertiäre sehr selten) und gar nicht behandelt wird. Quecksilberräucherungen sind zwar bekannt, aber so theuer, dass nur die reichsten Leute sie sich von den einheimischen Quacksalbern verabreichen lassen.

Das Volk sieht die Geisteskrankheiten als ein Besessensein vom bösen Geiste an, wendet sich aber bezeichnenderweise niemals an die Priester behufs Austreibung desselben sondern an die Quacksalber, welche jene jedoch ohne körperliche Martern besorgen, soweit Verf. in Erfahrung bringen konnte, was von manchen Teufelsaustreibern in Europa nicht behauptet werden kann.

Die Geisteskranken werden gewöhnlich zu Hause verpflegt. Irgend welche öffentliche Einrichtungen zu ihrer Behandlung fehlen ganz, auch die Klöster nehmen sie nicht auf. Sind sie ruhig, lässt man sie völlig frei gewähren, sind sie aufgeregt, werden sie im Hause mittels einer Handschelle angekettet.

Bechterew. «Ueber die Begründung des russischen Vereins von Psychiatern und Neuropathologen». (Nr. 3.)

Weitere erläuternde Bemerkungen über die Hauptziele eines solchen Vereins, dessen Statutenproject in Nr. 10 dieses Journals, 1896, veröffentlicht wurde.

Iwanow. «Einige Bemerkungen hinsichtlich der Färbung von Ganglienzellen des Centralnervensystems nach Nissl's Methode und über die von den Doctoren Sadorski und Teljatnik vorgeschlagenen Modificationen dieser Methode». (Nr 3.)

Genaue Darlegung der Nissl'schen Methode unter Hervorhebung ihrer Vorzüge und ihrer Nachtheile resp. Schwierigkeiten.

Die Sadorski'sche Modification weicht so sehr von der Originalmethode ab, dass sie eigentlich nicht mehr eine Modification, sondern eine selbtstständige Methode ist, deren Werth noch sehr der Prüfung bedürftig erscheint.

Die Teljatnik'sche Modification (Einbettung in Parafin zwecks Herstellung dünnerer Schnitte, Vermeiden des Erwärmens der Färbeflüssigkeit) verdient jedenfalls volle Beachtung, jedoch muss weitere Prüfung entscheiden, ob die erlangten Vortheile die durch das Abweichen von Nissl's Grundregeln zu erwartenden Nachtheile erkaufen. M.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. III. Abth. 4—5.

G. Gabritschewski: «Zur Biologie des Pest-Bacillus». (Nr. 4).

Verfasser hat verschiedene Versuche mit dem Pestbacillus angestellt behufs Feststellung seiner Lebensdauer in verschiedenen Medien und unter verschiedenen Bedingungen. Er fand, dass die oberflächlichen Culturen auf gewöhnlichem Agar bei Zimmertemperatur sich mehr als 2 Jahre lebensfähig erhalten können, wenn sie vor dem Einflusse des Lichtes und des Eintrocknens geschützt werden können. Zu epidemischen Zeiten kann der Pestbacillus die den Menschen umgebenden Gegenstände inficiren durch Uebertragung der normalen und pathologischen Excrete der Kranken. Die Beobachtungen des Verfassers ergaben, dass der Bacillus im flüssigen Blut und im Eiter der inficirten Thiere Monate lang lebensfähig bleiben kann, ja sogar im eingetrockneten Blut behält er seine Virulenz 1 Monat lang; dagegen beschleunigen sein Absterben das Sonnenlicht und die Temperatur von 37° C. Im Wasser kann der Pestbacillus nur bei mehr oder weniger niedrigen Temperaturen 3—4 Wochen leben, zuweilen noch

länger. Experimente mit sterilisirter Erde ergaben, dass die Bacillen 5 Tage lebensfähig bleiben können, wenn die mit Bouillonculturen der Pestbacillen befeuchtete Erde ausgetrocknet und bei 37° C. aufbewahrt wird; wird sie jedoch vor dem Eintrocknen geschützt, so kann man noch nach 28 Tagen Pestbacillenculturen aus derselben darstellen. Sehr widerstandfähig ist der Mikrobe gegenüber Kälte, er verträgt sehr gut eine Temperatur von — 20° C. Hiermit wird es verständlich, wesshalb die grösseren Pestepidemien im Sommer sich abschwächen, um erst im Herbst und im Winter ihre verheerende Wirkung zu entfalten.

F. Lominski: «Zur Frage von den intercellulären Räumen und deren Injecirung». (Nr. 4).

N. Lasarew: «Das tägliche Sinken des Körpergewichts und der Körpertemperatur bei hungernden Thieren zu verschiedenen Perioden des Hungerns». (Nr. 4).

Verfasser hat eine grosse Reihe von Versuchen an Meerschweinchen angestellt. Er fand, dass der Gewichtsverlust in den ersten 24 Stunden sehr bedeutend ist, er beträgt zuweilen 11% des ursprünglichen Körpergewichts, dann aber wird der Gewichtsverlust immer kleiner, bis schliesslich in der 2. Hälfte der letzten 24 Stunden gar kein Sinken des Körpergewichts vor sich geht. Im Durchschnitt fand L., dass hungernde Meerschweinchen in den ersten 24 Stunden 9% des Körpergewichts einbüssen, in den zweiten 24 Stunden 7%, in den dritten 6%, in den vierten 5%, in den fünften 4%, 6. und 7. — 3%, in den letzten — 1.5%. Das Sinken des Körpergewichts bei grasfressenden Thieren unter dem Einflusse des absoluten Hungerns geht ganz analog dem von Falck für fleischfressende Thiere aufgestellten Typus vor sich. In 26 Fällen fand Verf. das Maximum des Gewichtsverlustes in den ersten 24 Stunden des Hungerns, nur in 2 Fällen in den zweiten 24 Stunden; dagegen war das Minimum immer am letzten Tage zu constatiren. Wird die ganze Zeit des Hungerns in 4 gleiche Abschnitte eingetheilt und der Gewichtsverlust im letzten Abschnitte mit 1 angenommen, so betragen die betreffenden Werthe für den 1. Abschnitt — 3, für den 2. — 2, für den 3. — 1,3. Was die Versuche über die Körperwärme anlangt, so fand Verf. dass in der ersten Periode der Hungerzeit, wo der Gewichtsverlust nicht mehr als 10—12% des ursprünglichen Gewichtes beträgt, die Körpertemperatur ganz normal bleibt; ein Sinken derselben macht sich erst dann geltend, wenn der Gewichtsverlust 18—23% betrifft, dies entspricht der Periode der Erregung oder dem Anfange des comatösen Zustandes. Im letzteren Zustande wird ausnahmslos ein Sinken der Temperatur bis 34° C. constatirt. Der Hungertod tritt bei Meerschweinchen durchschnittlich bei einer Temperatur von 25° C. (minimum = 21,6°; maximum = 29,6°).

N. Wersilow: «Ueber die Veränderungen der Muskeln bei Erkrankungen der Gefässe». (Nr. 4).

Verfasser hat in einem Falle von Gangraena spontanea in Gefolge der Endarteriitis obliterans eingehende mikroskopische Untersuchungen an den Muskeln und Nerven der abgestorbenen Extremität angestellt. Auf Zupfpräparaten constatirte er zunächst eine Schwellung der Muskelfasern; dieselben sind ungleichmässig geschwellt, neben stark aufgequollenen findensich andere, ganz atrophische. Ein weiteres Symptom — ist das Auswachsen der Sarcolemmakerne: die bald ovale, bald spindelförmige Kerne sind gruppenweise angeordnet. Die Wände der kleinen Muskelgefässe sind verdickt, an vielen Stellen thrombosirt. Je näher zur gangränösen Stelle, um so stärker ist die Quellung der Muskelfasern ausgesprochen, die Quer- und Längsstreifung derselben ist sehr deutlich, an einzelnen Stellen sind die Fasern in formlose, homogene Massen zerfallen, die vom Sarcolemma umgeben sind.

G. Gabritschewski: «Ueber die Zubereitung des Antipestserums». (Nr. 5).

In dem Moskauer bacteriologischen Institut wurden einige Pferde immunisirt. G. begann mit intravenöser Injection von bei 60°, 55° und 50° C. abgetödteten Agarculturen des Pestbacillus; nachdem den Pferden bereits 3 mal solche Culturen (2 ccm.) injecirt worden waren, versuchte G. die Einspritzung von lebenden Bacillen. Auf jede intravenöse Injection von abgetödteten Culturen reagirten die Pferde mit Fieber bis zu 40° C. das 1—1½ Tage anhielt; nach einigen Tagen (3—5) bemerkte G. eine 2. Temperatursteigerung auf 38,5—38,7. Denselben Typus mit der secundären Erhöhung der Temperatur findet man bei Injection von lebensfähigen Culturen, nur das die Temperaturgrade im Allgemeinen höher sind. Von dem auf diese Weise erhaltenen Antipestserum genügte 0,1 ccm., um nach 20 Stunden eine Maus gegen 0,01 ccm. der Bouilloncultur widerstandsfähig zu machen. Da die Immunisirung der Pferde mittels Injection von lebenden Culturen viele Nachtheile hat, versuchte Verf. die immunisirenden und toxischen Stoffe der Pestbacillenculturen zu erhalten. Am geeignetsten erwies sich in dieser Beziehung das Glycerin, worin der Pestbacillus in 24 Stunden zu Grunde geht. Verf. stellte daher zunächst Agarculturen der Bacillen dar und übertrug letztere in Röhrchen mit 2 ccm. Glycerin.

G. Loewenthal: «Die Serodiagnostik der Febris recurrens in der Apyrexie». (Nr. 5).

An dem grossen Material des Moskauer Katharinenspitals versuchte Verfasser die Diagnose des Typhus recurrens im Stadium der Apyrexie, wo im Blute keine Spirillen zu finden sind, mit Hülfe der Serodiagnostik zu stellen. Es wird ein Spirillen enthaltender Bluttropfen mit dem Blute des zu untersuchenden Kranken gemengt. Hat letzterer wirklich eine Recurrensattaque überstanden, so gehen die Spirillen unter dem Einflusse der specifischen bactericiden Eigenschaften des apyretischen Blutes zu Grunde, während sie in einem Controllpräparate lange Zeit lebensfähig bleiben. In den ersten Minuten kann man kein Unterschied in der Beweglichkeit der Spirillen in dem zum Zwecke der Serodiagnostik angefertigten Präparate und dem Controllpräparate wahrnehmen. Bringt man jedoch beide in den Thermostat, so constatirt man nach ½ Stunde, dass in dem ersten Präparate die Spirillen ihre Beweglichkeit stark eingebüsst haben; letztere hört bald ganz auf; die Mikroben verlieren dann auch ihre gewöhnliche Form und stellen schliesslich aufgequollene Fäden dar; im Controllpräparate dagegen büssen die Spirillen ihre Beweglichkeit nicht ein. Von 20 untersuchten Kranken fand Verf. in 15 Fällen dieses Phänomen ausgesprochen; die übrigen Fälle, von denen es sehr zweifelhaft war, ob es sich wirklich um überstandenen Typhus recurrens gehandelt hatte, ergaben ein negatives Resultat. Letzteres constatirte auch Verf. bei anderen Krankheiten, wie z. B. bei Typhus exanthematicus, Influenza, Typhus abdominalis, Pneumonia crouposa etc.

A. Kalinin: «Zur Lehre von dem Stoffwechsel im Fieber». (Nr. 5).

Seine Experimente stellte K. an 7 Kaninchen, die mittels Bacillenculturen aus dem blauen Eiter inoculirt, und an 3 Kaninchen und 2 Hunden, die mittels Diphtheriebacillenculturen inficirt worden waren, an. Seine Resultate sind: 1. Der Körpergewichtsverlust steigt in der Latenzperiode des Fiebers und ist geringer in den ersten Stunden desselben. 2. Der Wasserverlust ist in der Latenzperiode erhöht. 3. Die Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe verringern sich in dieser Periode und steigen mit dem Einsetzen der erhöhten Körpertemperatur. 4. Der Kohlensäure- und Sauerstoffgehalt des Blutes ist in der Latenzperiode unter der Norm. 5. In derselben Periode ist auch die Menge des mit dem Harn ausgeschiedenen Stickstoffes und Phosphors verringert.

A. Kurenkow: «Zur Frage von den gemischten Typhus-Formen». (Nr. 5).

Nach Anführung der einschlägigen Literatur beschreibt K. einen von ihm beobachteten Fall von Mischinfection des Typhus abdominalis mit Typhus recurrens. Die Wirkung der Mischinfection auf den Verlauf der Krankheit ist nach K. verschieden: in den einen Fällen schwächen die von der einen Bacillenart producirten Toxine die stärkeren Mikroben ab, oder neutralisiren deren Toxine; in anderen Fällen wird durch die Symbiose der Mikroben der pathogene Effect verstärkt.

D. Sabolotny; «Beobachtungen über die agglutinirenden Eigenschaften des Pest-Blutserums». (Nr. 5).

Die vom Verfasser in Bombay angestellten Beobachtungen ergaben: 1). In den ersten Tagen der Krankheit sind die agglutinirenden Eigenschaften selbst im Verhältniss von 1:6 und 1:10 nicht zu constatiren. 2). Deutlich wird die Agglutination (1:10) zu Ende der ersten, oder Anfang der 2. Krankheitswoche. 3). In der 3. Woche sind die agglutinirenden Eigenschaften des Blutserums sehr eclatant, in der 4. Woche ebenfalls (1:25, 1:50) 4). Je stärker die überstandene Infection war, um so intensiver zeigen sich die agglutinirenden Eigenschaften in der Reconvalescenz. 5). Das den an der Pest verstorbenen (in der ersten Woche) Menschen entnommene Blut giebt keine Agglutination. 6). Unter dem Einflusse des agglutinirenden Serums verändern sich die Pestbacillen, sie quellen stark auf, verkleben sich zu Zooglaeen, dabei erscheint um jeden Mikroben eine Kapsel.

Abelmann.

Довв. ценз. Спб. 27 Августа 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1897.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 18 – 28.

Prof. N. Petrow: «Ueber Hydronephrose in Folge von Zweitheilung des Ureters». (Nr. 18).

Bei dem an Pyaemie verstorbenen 17-jährigen Patienten fand P. ausser dem normalen Ureter einen zweiten, nach innen von ersterem gelegen, der blind in das Trigonum Lieutaudii endete. Hier bildete er einen die Oeffnung der Uretra klappenförmig schliessenden Blindsack und gab Veranlassung zur Stauung in den Harnleitern und zur Bildung von Hydronephrose.

N. Shiwopiszew: «Ein Fall von Wanderleber». (Nr. 18).

Autor beobachtete bei einer 36-jährigen Nullipara von schwächlicher Constitution eine Geschwulst im Hypogastrium, die sich als nicht vergrösserte, reponirbare Leber herausstellte. Die Beschwerden bestanden nur in zeitweisen Schmerzen im Leibe, besonders bei Bewegung. Das Leiden hatte sich allmälich im Verlaufe von 9 Jahren entwickelt. Zur Beseitigung desselben empfiehlt Verfasser die Fixation des Organs an normaler Stelle durch Operation.

M. Nemser: «Ein Fall von Lähmung nach Scharlach». (Nr. 19).

Die 8-jährige Patientin wurde mit Nephritis und urämischen Erscheinungen in der fünften Krankheitswoche aufgenommen. Nach 14 Tagen trat ein apoplektiformer Insult ein mit rechtsseitiger Hemiplegie und linksseitiger Amaurose die auf Embolie der a. centralis retinae beruhte. Erstere ging allmälich zurück, doch blieb bei Verlassen des Hospitals eine Schwäche des rechten Armes nach. Es handelte sich nach Meinung des Verfassers um eine Embolie in der linken motorischen [illegible] herrührte.

E. Pastor: «Ueber bakteriologische Untersuchung des Quellwassers». (Nr. 19, 20).

Polemik gegen Prof. Poehl.

B. Woinow: «Die Intubation bei diphtheritischer Larynxstenose». Schluss. (Nr. 19, 20).

Autor kommt auf Grund von 119 Intubationen zum, übrigens wohl allgemein angenommenen, Resultat, dass der Intubation, namentlich bei gleichzeitiger Seruminjection, der Vorzug vor der Tracheotomie gebührt. Die sekundäre Tracheotomie der Intubirten hält er für nutzlos.

Prof. N. Petrow: «Ein Fall von Myxom des Herzens». (Nr. 20).

Die klinische Diagnose des 64-jährigen unter Stauungserscheinungen gestorbenen Patienten lautete: Pericarditis sicca, Nephritis chronica. Bei der Section des Herzens fand sich auf der hinteren Wand des rechten Vorhofs dicht unter der Einmündungsstelle der unteren Hohlvene eine lappige, weiche, sulzige Geschwulst von 10 ctm. Länge auf kurzem, dickem Stiel. Dieselbe füllte den Vorhof aus und reichte durch das rechte venöse Ostium in den rechten Ventrikel. Unter dem Mikroscop erwies sich die Geschwulst als hyalines Myxom. Daneben bestanden Pericarditis, Herzverfettung und chronische Nephritis.

N. Korolew: «Ueber die Behandlung der Lues congenita Neugeborener mit Injectionen von Hg. salicyl.». (Nr. 20).

Es wurden im Ganzen bei 56 Kindern 309 Injectionen gemacht. Das Alter schwankte zwischen 1 Woche und 1 Jahr. Zur Anwendung kam eine Lösung von 1,0 Hg. salic. in 20,0 Vasel. liquid. 1—4 Theilstriche 1 Mal wöchentlich intramusculär. Der therapeutische Effekt war zufriedenstellend: meist nach der ersten, immer nach der zweiten Injection schwand der Ausschlag. Recidive wurden seltener als bei den übrigen Behandlungsmethoden beobachtet (3 Mal). Im Durchschnitt wurden 8—10 Injectionen gemacht.

S. Kowalewsky: «Zur Behandlung der Aktinomykose mit Jodkali». (Nr. 21, 22).

K. theilt einen Fall von vorgeschrittener Aktinomykose des Gesichts mit, der nach Einnahme von 143,0 Jodkali im Verlauf von 52 Tagen ausheilte ohne chirurgischen Eingriff.

G. Jawein: «Ein merkwürdiger Fall von Anämia splenica pseudoleucaemica». (Nr. 21, 22).

Es handelte sich um einen 25-jährigen Patienten, der nach einer Erkältung an heftigen rheumatischen Schmerzen erkrankte, zu denen sich Anämie und Schwellung des Leibes hinzugesellten. Bei der Untersuchung konnten neben ausserordentlich grossem, schmerzlosen Milztumor, Vergrösserung der Leber und geringe Schwellung der Lymphdrüsen constatirt werden. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war stark herabgesetzt, vielfach Poikilo-, Mikro- und Megalocyten vorhanden, daneben eine grosse Zahl kernhaltiger rother Blutkörperchen (4—6000 im cmm.). In diesen Kernen konnten Erscheinungen der Degeneration und Regeneration wahrgenommen werden. Das Hämoglobin war in höherem Grade vermindert, als die rothen Blutkörperchen. Für diesen Symptomencomplex schlägt Autor die Bezeichnung «Anämia splenica pseudoleucaemica» vor, da er am nächsten der von Jaksch beschriebenen Anämia infantilis pseudoleucaemica kommt und glaubt, dass in obigem Fall nach einer nicht näher zu bestimmenden Infectionskrankheit (Septicaemie ?) die Folgen derselben genannte Veränderungen hervorbrachten.

Prof. J. Pawlow: «Pathologisch-therapeutischer Versuch in Bezug auf die Magensecretion beim Hunde». (Nr. 22).

Bei einem Versuchshunde mit Magen- und Darmfistel konnte Autor constatiren, dass die Reflexwirkung auf die Magendrüsen sowohl von der Magen- als Darmschleimhaut ausgelöst wird. Zugleich überzeugte er sich, dass der Säuregehalt des Magensaftes immer derselbe bleibt, mag er in grösserer oder geringerer Menge secernirt werden. Durch Eingabe von Sodalösung konnte die Hypersecretion vermindert werden. Alkalien können also nicht zu den secretionssteigernden Mitteln gerechnet werden.

M. Nencki, N. Siber und W. Wyshnikewitsch: «Die Rinderpest». (Nr. 23, 24).

Wenn 1—2 Tropfen contagiöser Flüssigkeit (Blut) auf ein geeignetes Nährmedium: Peptonlösung mit Zusatz von Kochsalz, oder Agar mit anorganischen Salzen, oder filtrirten Submaxillarisextract, oder schliesslich Bouillon oder Galle mit Kochsalz geimpft werden, kann man nach 2—3 Tagen neben anderen Bacterien schwach glänzende runde oder ovale, theils unbewegliche, theils bewegliche Körperchen von 1—3 μ Durchmesser sehen. Die grösseren Körperchen besitzen zuweilen 1–2 Geisseln. Wenn man das dem erkrankten Thier kurz vor dem Tode entnommene Blut mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, kommen eben beschriebene Körper besonders deutlich zur Beobachtung. Noch leichter sichtbar werden sie, wenn man die rothen Blutkörperchen durch Zusatz von destillirtem Wassser zerstört. Am ehesten findet man sie im Blut von Thieren, die längere Zeit fiebern. Wahrscheinlich werden die Mikroben, wenigstens zum Theil, durch Phagocytose vernichtet, zum anderen Theil durch Amöben (Flagellata), die nicht nur auf den Schleimhäuten, sondern auch in den parenchymatösen Organen pestkranker Rinder vorkommen. Die Kulturen der Pestmikroben erhalten ihre Virulenz nur in den beiden ersten Generationen, in den folgenden nur ausnahmsweise. Blutserum von Thieren, die die Pest überstanden, hat immunisirende Fähigkeit, doch ist dieselbe abhängig von verschiedenen Raceeigenthümlichkeiten. 8 Kälber, denen Galle pestkranker Rinder injicirt wurden, waren nicht immun gegen die Pestinfection und gingen zu Grunde.

A. Pedenko: «Ein Fall von Streptococcensepticaemie, geheilt durch Streptococcenserum». (Nr. 23, 24).

Der Fall zeichnete sich aus durch schweren Verlauf, der anfangs an Abdominaltyphus erinnerte, zweitens durch den gelungenen Nachweis von Streptococcen im Blut und im Inhalt der Hautblasen, drittens durch die symmetrische Ver-

theilung von Hautsugillationen, die im Gesicht und an den Streckseiten der Extremitäten auftraten und zur Nekrose der unterliegenden Gewebe führten und endlich durch den günstigen Effekt der subcutanen Injectionen von Antistreptococcenserum in der dritten Krankheitswoche, wo der Patient bereits moribund war. Nach der fünften Einspritzung (à 10,0) erwies sich der Inhalt einer Hautblase frei von Streptococcen. Im ganzen wurden 8 Einspritzungen gemacht. Wegen Nekrose der Zehen mussten nach einiger Zeit Resectionen an beiden Füssen vorgenommen werden. Patient genas.

A. Minin: «Zwei Fälle von Appendicitis». (Nr. 23).

Beide wurden operativ geheilt, der eine 14 Tage, der andere 7 Tage nach Beginn der Erkrankung.

G. Arsamasskow: «Zur Methodik der Widal'schen Serumdiagnose». (Nr. 25).

Nach den Erfahrungen des Autors an 125 Typhösen genügt es, ein Präparat aus einem Gemisch von Blut und einer Typhuskultur, die durch Metallösen von bestimmter Weite entnommen wird, im Verlauf von 10 Minuten zu untersuchen und wenn nöthig, ein gefärbtes Präparat herzustellen. Praktisch verwerthbar ist auch die Verwendung einer durch Formalin (0,5 Proc.) getödteten Kultur, die die Agglutination bedeutend deutlicher markirt und in zweifelhaften Fällen (nach dem Rathe Widal's) die Wiederholung des Versuchs am folgenden Tage mit nur eintägiger Kultur.

G. Malkow: «Ein Fall von Pyloruskrebs in Verbindung mit ulcus rotundum». (Nr. 25, 26).

Auf Grund der Symptome: Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen, Vorhandensein von Krebszellen im Erbrochenen und im Stuhl, einer Geschwulst in der Pylorusgegend und der Kachexie war bei Lebzeiten des 64-jährigen Patienten die Diagnose Pylor..skrebs gestellt worden. Bei der Section wurde an der grossen Kurvatur, in der Nähe des Pylorus ein 5 cmm. langes, 4 cmm. breites Geschwür mit höckrigen, infiltrirten Rändern gefunden. Den Grund des Geschwürs bildete eine harte, circa 3 cm. dicke Geschwulst. Gegenüber an der kleinen Kurvatur befand sich ein etwas kleineres Geschwür mit glatten Rändern und von runder Form, den Boden bildete die verdickte Serosa. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst ein Scirrhus war, während das zweite Geschwür alle Merkmale des ulcus rotundum bot.

S. Schujeninow: «Ueber Kalkablagerung im quergestreiften Muskel». (Nr. 26—28).

Autor hat im Chiari'schen Institut (Prag) bei 24 nach Laparotomie Gestorbenen die Bauchwunden mikroscopisch untersucht und dabei gefunden, dass in 17 Fällen in den quergestreiften Muskeln in der Umgebung der Bauchnähte Kalkablagerungen in grösserer oder geringerer Intensität vorhanden waren. Die verkalkten Muskelbündel erscheinen bei Beibehaltung ihrer äusseren Form verdickt, entsprechend dem Grade der Verkalkung. Seltener finden sich verkalkte Muskelbündel entfernt von der Naht und vereinzelt gelegen. Zwischen den verkalkten finden sich vollkommen zerfallene Muskelbündel, in denen durch Färbung und Reaktion noch Kalk nachgewiesen werden kann. In obigen 17 Fällen war der Tod zwischen 18 Stunden und 21 Tagen nach der Laparotomie erfolgt. In den übrigen Fällen war der Tod später eingetreten und der Kalk offenbar bereits verschwunden. Zur Beantwortung der Frage, ob die Kalkablagerung im Zusammenhang mit der Naht steht, laparotomirte S. 3 Kaninchen und vernähte die Bauchwunden. Nach 8 Tagen wurde nach Tödtung der Thiere die Umgebung der Wunde untersucht. In 2 Fällen, wo prima intentio erfolgt war, konnte deutliche Kalkablagerung constatirt werden, im dritten Fall mit sekundärer Intentio nur geringfügige. Die Ursache zur Kalkablagerung mag, nach Ansicht des Verfassers, neben dem Trauma durch die Naht hauptsächlich die Veränderung der lokalen Blutcirculation im Muskel abgeben. Nach einer bestimmten Zeit tritt eine Aufsaugung zuerst der zerfallenen Muskelfibrillen, dann auch der verkalkten vergrösserten Muskelfibrillen, deren äussere Form noch erhalten war, ein. Diese Aufsaugung beginnt manchmal schon am sechsten Tage, in anderen Fällen ist sie auch am 16. Tage nach der Laparotomie noch nicht sichtbar.

J. Tarchanow: «Die elektrische Wirkung der Crookes'schen Röhre». (Nr. 27).

Bei Fortsetzung der bereits früher veröffentlichten Versuche (B. g. B. 1897 Nr. 13) stellte sich unter anderem heraus, dass der frei schwebende Froschmuskel in der Nähe der Röhre durch Berührung mit den Händen zweier Personen in tetanische Zuckung gerieth, die sofort bei gegenseitiger Berührung beider Personen aufhörte. Dasselbe Experiment gelang am lebenden Frosch. Offenbar wurden also beide Personen mit verschiedener Elektricität geladen, die eine, die dem negativen Pol näher stand, mit negativer, die andere mit positiver. Waren beide Personen demselben Pol der Röhre genähert, so wurde kein Tetanus ausgelöst. Ferner erwies es sich, dass das am Faden hängende Präparat eines Froschschenkels mit der Pfote nach oben und dem Ischiadicus nach unten am empfindlichsten gegen die Fernwirkung der Crookes'schen Röhre ist: bereits auf einer Entfernung von 6—7 Schritt von der Röhre rief die Berührung mit dem Finger Tetanus hervor.

G. Epifanow: «Zur Methodik der Widal'schen Reaktion». (Nr. 28).

Verfasser suchte die Methode dadurch zu vereinfachen, dass er einen Tropfen Blut im Potain'schen Melangeur (für weisse Blutkörperchen) mit 20 Tropfen physiologischer Kochsalzlösung verdünnte und abstehen liess. Zu einem Tropfen dieser Mischung wurde 1 Tropfen Typhuskultur zugefügt (1 : 40) und im hängenden Tropfen untersucht.

D. Grigorjew: «Ein Fall von Fibrosarkom des Mediastinums». (Nr. 28).

Die Symptome (pulsirender Tumor, der den Brustkorb vorwölbte, mit Druckerscheinungen) täuschten ein Aortenaneurysma vor. Die Section ergab eine grauweisse Geschwulst mit vergrösserten Lymphdrüsen im Mediastinum, mit Metastasen in den Lungen, die sich als Rundzellensarkom erwies.

Weyert.

Wratsch Nr. 22—35, 1897.

W. Dolganow: «Pathologisch-anatomische Veränderungen der Retina bei Eklampsie». (Nr. 22).

Die mikroscopische Untersuchung der Augen von 2 an Eklampsie verstorbenen Frauen ergab folgende Veränderungen: Oedematöse Durchtränkung des Sehnerven und der Retina, vorzugsweise der äusseren Schicht der letzteren, in der es sogar zur Höhlenbildung kommen kann. Dieses Oedem wird durch eine krankhafte Veränderung der Gefässwände hervorgerufen, welche eine stärkere Durchlässigkeit derselben bedingt. Die Ver[illegible] und der Retina sind nur wenig ausgesprochen; sie zeigen dennoch darauf hin, dass bei der Eklampsie die tieferen Theile des Auges in Mitleidenschaft gezogen werden und geben Veranlassung, die bei den eklamptischen Anfällen beobachteten Amblyopien und Amaurosen durch Betroffensein der peripheren lichtempfindenden Apparate zu erklären.

A. Minin: «Ein Fall von Nephroraphie». (Nr. 22).

P. Borowsky: «Zur Frage über Mikroorganismen in den Neubildungen». (Nr. 22).

J. Lwow: «Zur Lehre von der Enucleation grosser interstitieller Uterusmyome per vaginam». (Nr. 23).

J. Kunig: «Zur Frage des verspäteten Abortus (missed abortion)». (Nr. 24).

Verf. beobachtete 2 Fälle: im I. handelte es sich um eine 33-jährige Frau von zarter Constitution, die 6 Mal abortirt und ihre Kinder sehr lange gestillt hatte. Die 8. Schwangerschaft wurde im 5. Monate unterbrochen, wobei das Fruchtei, in eine Fleischmohle umgewandelt, 7 Monate lang im Uterus zurückgehalten wurde. Der allgemeine Zustand und das Nervensystem der Pat. haben darunter wenig gelitten. Im II. Falle handelte es sich um eine 42-jährige, sehr nervöse Erstgebärende von schwacher Constitution. Die am Ende des 6. Schwangerschaftsmonats gestorbene Frucht wurde bis zum Ende des 9. Monats im Uterus zurückgehalten, ohne im Laufe dieser 3 Monate irgend welche Symptome seitens des Nervensystems hervorgerufen zu haben.

N. Disler: «10 Fälle operativer Behandlung hoher Myopiegrade». (Nr. 25).

M. Bogdanow-Beresowsky: «Ein Fall von Indigourie». (Nr. 25).

Verf. beobachtete einen Nephritiker, der gleichzeitig an mässiger Diarrhöe und Eiterung aus einer fistulösen Wunde in der Kreuzbeingegend litt. Der vom Pat. ausgeschiedene Harn war 2 Tage lang von dunkler Kirschfarbe, trüb und hinterliess auf dem Filter einen reichlichen Niederschlag, der, nach dem Austrocknen, ein dunkelblaues, in Chloroform

und rauchender Schwefelsäure lösliches, Pulver darstellte; mikroscopisch bestand dasselbe aus purpurfarbenen Indigokrystallen. Zu dieser Zeit gab der Harn keine Indicanreaction, gleich aber nach dem Schwinden der Kirschfarbe liessen sich grosse Indicanquantitäten im Harn nachweisen. Die 24-stündige Indigomenge des Harns betrug etwa 3,3 Gramm.

J. Baumgolz: «Ein Percussionsapparat und Einiges über die Percussion». (Nr. 25).

T. Gawrilow: «Resultate der Diphtherie-Behandlung mit Serum im Gouv. Pensa für das Jahr 1896». (Nr. 26 u. 27).

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 7273 Kranke. Die Mortalität betrug 11,77%.

J. Markow: «Zur Statistik des Glaukoms». (Nr. 26).

Vom 1 October 1872 bis zum 1 Januar 1897 wurden in der Charkower Augenklinik 106609 Patienten behandelt, darunter 1505 (845 Männer und 660 Frauen) mit Glaukom. 176 Fälle mit secundärem Glaukom davon abgerechnet, erhalten wir für das primäre 1,25 pro. aller Augenkranken — ein pro., das dem im übrigen Europa für diese Krankheit festgestellten fast gleich ist.

J. Kaljapin: «Ueber den Unterschied in der Wirkung des natürlichen und gasirten Essentucki'schen Mineralwassers Nr. 17 auf die resorbirende, secretorische und motorische Thätigkeiten des Magens». (Nr. 27).

Nach den Angaben vieler Patienten riecht das verwandte Essentucki'sche Mineralwasser Nr. 17 nach faulen Eiern und zeigte eine deutliche Trübung. Um das Mineralwasser möglichst lange unverändert zu erhalten, hat die Direction der Kaukasischen Mineralwässer dasselbe vor der Versendung zu gasiren beschlossen. Es fragt sich nun, ob das gasirte Mineralwasser seine Heilkraft beibehalten wird? Die in dieser Richtung angestellten Untersuchungen des Verf. zeigten, dass das mit Kohlensäure gesättigte Mineralwasser die resorbirende, secretorische und motorische Magenfunctionen viel günstiger beeinflusst, als das natürliche.

Prof. A. Poehl: «Die den gegenwärtigen Forderungen der praktischen Medicin entsprechenden organotherapeutischen Präparate (Opopräparate)». (Nr. 27).

[illegible] dargestellt, deren Dosirung für Erwachsene auf Grund der in der Literatur vorhandenen Angaben zusammengestellt ist:

Opocerebrin	Poehl	pro	dosi	0,2—0,4.	pro	die	0,4—0,8.
Opohypophysin	»	»	»	0,05.	»	»	—
Opothyreoidin	»	»	»	0,05—0,1.	»	»	0,15—0,6.
Opothymiinum	»	»	»	0,2—0,5.	»	»	0,6—3,0.
Opomamminum	»	»	»	—	»	»	—
Opoossiinum	»	»	»	0,2—1,0.	»	»	bis 6,0.
Opomedullinum	»	»	»	0,2—1,0.	»	»	bis 6,0.
Opopankreatinum	»	»	»	0,2—0,8.	»	»	2,0—8,0.
Opohepatoidinum	»	»	»	0,5.	»	»	1,5—4,0.
Opolieninum	»	»	»	2,0—6,0.	»	»	4,0—12,0.
Opoveniinum	»	»	»	0,5—0,8.	»	»	1,5—3,0.
Oposuprarenalin.	»	»	»	0,2—0,4.	»	»	0,4—0,8.
Opoorchidinum	»	»	»	0,5—0,8.	»	»	1,5—3,0.
Opoovariinum	»	»	»	0,2—0,8.	»	»	0,6—3,0.
Opoprostatinum	»	»	»	0,2.	»	»	0,8.

J. Kossinow: «Die desinficirenden Eigenschaften des Nosophens». (Nr. 27).

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Das Nosophen hat keine hemmende Wirkung auf das Wachsthum des Finkler-Prior'schen Cholerabacillus, des Bacillus pyocyaneus und prodigiosus. Der Anthraxbacillus und Streptokokkus pyogenes aureus werden durch das Nosophen in ihrer Entwickelung gehemmt, aber nicht abgetödtet. Die Sporen des Anthraxbacillus, sowie die eintägigen Kulturen all' der erwähnten Bacterien werden durch Nosophenlösungen von 1:1000 bis 4:100 sogar in 2×24 Stunden nicht abgetödtet. Die guten Resultate, die bei der Wundbehandlung durch das Nosophen von verschiedenen Autoren beobachtet worden sind, lassen sich, wahrscheinlich durch seine austrocknende Wirkung erklären.

N. Krylow: «6 Fälle radicaler Herniotomie nach Kocher». (Nr. 27).

L. Papkow: «Ueber Intubation bei Diphtherie». (Nr. 28).

Im Jahre 1896 wurden in Odessa im Stadtkrankenhause 70 diphtheritische Kinder mit schweren croupösen Erscheinungen behandelt. Bei allen wurde die klinische Diagnose der Diphtherie durch die bacteriologische Untersuchung gesichert. Bei 35 derselben wurde wegen der starken Larynxstenose die Intubation, bei den übrigen 35 die Tracheotomie ausgeführt. Von den ersteren sind 24 (68,6%) genesen und 11 (31,4%) gestorben, von den tracheotomirten sind 23 (65,7%) genesen und 12 (34,3%) gestorben.

J. Kudinzew: «Zur Lehre von den Glandulis suprarenalibus». (Nr. 29).

Vorläufige Mittheilung.

Die doppelseitige Exstirpation der Nebennieren, das Zerquetschen derselben und Injection reizender Substanzen, um eine Degeneration und Atrophie der Nebennieren hervorzurufen, all' diese Methoden wollten den Einfluss der Nebennierenfunctionen auf den thierischen Organismus mit einem Male beseitigen. Die Resultate dieser Versuche waren äusserst geringfügig, was auch leicht verständlich ist: alle operirten Thiere starben in den ersten 18—24 Stunden nach der Operation und während dieser kurzen Zeit konnte weder das klinische Bild studirt, noch irgend welche constante pathologisch-anatomische oder mikroscopische Veränderungen des thierischen Organismus beobachtet werden. Auf Grund seiner anatomischen und physiologischen Untersuchungen der Nebennieren bei verschiedenen Thieren kam Verf. zur Ueberzeugung, dass die Nebennierenfunctionen durch Unterbindung der abführenden Gefässe derselben sich beseitigen liessen. Die Operation ist zwar eine sehr schwere, die Thiere bleiben aber 18—24 Tage nach derselben am Leben — eine Zeit, während der das klinische Bild genau beobachtet werden konnte. Letzteres lasse sich folgendermaassen darstellen:

I. Stadium: das Thier erholt sich nach der Operation und lässt nichts Besonderes an sich wahrnehmen.

II. Stadium: es treten anfangs seltene und kaum merkbare, darauf aber immer häufigere und ausgesprochenere tonische Contractionen in den hinteren Extremitäten auf.

III. Stadium: Zu den Erscheinungen des II. Stadiums gesellen sich noch Convulsionen hinzu; auch treten Paresen, mehr in den hinteren als vorderen Extremitäten auf.

IV. Stadium: Die Krämpfe werden seltener, aber stärker und während eines solchen Krampfzustandes tritt der Tod ein. Das Körpergewicht sinkt vom Beginn des II. Stadiums an. Die ganze Zeit nach der Operation ist die Temperatur erhöht. Die pathologisch-anatomischen und mikroscopischen Ver[illegible] auf degenerative Vorgänge in den Organen hin. Verf. glaubt, dass die Nebennieren secernirende Drüsen sind, deren Secret, ins Blut übergegangen, einen für die Function des Nervengewebes nothwendigen Bestandtheil desselben bildet.

N. Krilow: «Radicaloperation der Hernia umbilicalis nach einer Modification der Dauviac'schen Methode». (Nr. 29).

J. Semazki: «Ueber die Eröffnung der Harnblase über der Symphyse bei Operation der Fistula vesico-vaginalis». (Nr. 30).

Prof. Th. Openchowsky: «Zur Pathologie des Blutes beim Abdominaltyphus und croupöser Lungenentzündung». (Nr. 30).

Im Verlauf eines Abdominaltyphus traten bei einem Studenten am 10. Krankheitstage, nach vorhergegangenem Nasenbluten, Blutung aus der Mundhöhle und Darmblutung auf. Allgemeiner Collaps, Temp. 36,0; P. 144. Nach Opium, Ergotin und Kälte application blieb die Darmblutung stehen, gegen die Blutung aus der Mundhöhle blieben alle angewandten Mittel resultatlos und sie dauerte unaufhaltbar fort. Da trat eine allmählige Temperatursteigerung ein, der Puls besserte sich und gleichzeitig damit bildeten sich in der Mundhöhle kleine Gerinnsel, welche nach kurzer Zeit die Blutung zum Stehen brachten. Am nächsten Tage ergab die genaue Untersuchung des Pat. eine croupöse Entzündung der rechten Lunge. Verf. schliesst daraus, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes beim Abdominaltyphus keine erhöhte und in gewissen Fällen sogar eine herabgesetzte sein kann; bei der croupösen Lungenentzündung ist sie dagegen erhöht.

N. Tschigaew: «Ueber das ununterdrückbare Erröthen des Gesichts». (Nr. 30).

Häufiges und starkes Rothwerden aus den allergeringfügigsten Ursachen ist eine bei der Hysterie und Nervenschwäche sehr oft vorkommende krankhafte Erscheinung. Verf. beobachtete 2 solche Fälle, von denen eine Krankengeschichte genau mitgetheilt wird. Interessant war am 18-jährigen jungen Manne folgende Erscheinung: die dem Aorten-

bogen entsprechende Dämpfung am Brustbein, zwischen den beiden zweiten Rippen, war 6 Ctm. breit. Bei Percussion mit dem Hammer verbreitete sich die Dämpfungsgrenze bis auf 8 Ctm. Zu gleicher Zeit konnte man dabei ein Erblassen des Patienten wahrnehmen. Wurde darauf unter dem Sternum percutirt, so ging die Dämpfung wieder auf 6 Ctm. zurück und beim ersten Anreden erröthete Pat. wieder. Das Erröthen und Erblassen des Patienten konnte also auf rein reflectorischem Wege hervorgerufen werden.

N. Lobas: «Drei Krankheitsfälle mit Erscheinungen der Beri-Beri». (Nr. 30).

Verf. beobachtete auf der Insel Sachalin 3 Koreer, von denen der eine, besonders schwer kranke, folgende Symptome darbot: starkes Oedem des ganzen Körpers, besonders an den Füssen und Unterschenkeln; ungewöhnliche Blässe der Haut; Gesicht cyanotisch; Puls beschleunigt, fadenförmig; starker Husten und Dyspnoe. In den Lungen zahlreiche feuchte Rasselgeräusche. Auf dem Wege ins Hospital ist Pat. gestorben. Section desselben ergab: fettige Degeneration und starke Dilatation des Herzens (cor. bovinum), Oedem der Lungen und des Gehirns. Von den 2 anderen Patienten, die an den gleichen, aber weniger hochgradigen, Krankheitserscheinungen litten und etwa nach 2 Wochen sich vollkommen erholt haben, erfuhr Verf., dass sie alle auf der Insel Observatorium, in der Bucht De-Kastri gearbeitet haben und vor 3 Monaten mit Schüttelfrost, Schmerzen in den Beinen und Oedem der Füsse erkrankt sind. Die Krankheit soll in Korea sehr oft vorkommen, heisst da «presu» und ist eine sehr gefährliche; die grösste Zahl der Erkrankten sterben. Verf. glaubt dass es sich in den erwähnten 3 Fällen um die oedematöse Form der «Beri-Beri» gehandelt hat.

A. Minin: «Eine einfache Methode der Herniotomie». (Nr. 30).

A. Lasarew: «Polyarthritis deformans bei Kindern». (Nr. 31).

Nach einer eingehenden Darstellung der betreffenden Literatur giebt Verf. eine genaue Beschreibung der drei von ihm beobachteten Fälle dieser Krankheit, welche Kinder von 4, $2^{1}/_{2}$ und etwa $1^{1}/_{2}$ Jahren betrafen. Nur das letzte von ihnen war hereditär luetisch belastet. Bei allen hat die Krankheit acut, mit Fieber und starken Gelenkschmerzen begonnen; die characteristischen Veränderungen, Verdickung und Missgestaltung, breiteten sich im ersten Falle nur auf die grösseren Gelenke aus, während in den 2 letzteren fast alle, auch die Finger- und Zehengelenke betroffen waren. Beim 4-jährigen Kinde trat nach 17-monatlicher diätetischer Behandlung und Jodnatriumgebrauch eine deutliche Besserung ein, bei den 2 übrigen blieb die Therapie erfolglos.

J. Markow: «Galvanisirung bei Eiterungen des Augapfels». (Nr. 31).

Im Jahre 1894 machte Prof. L. Hirschmann in Charkow die zufällige Beobachtung, dass nach zweimaliger Anwendung des constanten Stromes als schmerzstillendes Mittel in einem Falle von eitriger Iritis, der Eiter aus der vorderen Kammer verschwunden war. Zwei weitere ähnliche Fälle veranlassten ihn, die Galvanisirung bei Eiterungen des Augapfels zu empfehlen und seitdem wurden in der Charkower Universitäts-Augenklinik etwa 100 Fälle verschiedener mit Eiterung einhergehender Erkrankungen des Augapfels mit dem galvanischen Strom behandelt. Die Anode wird auf das geschlossene Auge, die Kathode — auf die Schläfe, Brust, Hals oder auf eine andere indifferente Stelle applicirt. Die Stromstärke steigt allmählich von 0,5 bis auf 2, selten 2,5 M. A.; Einwirkung 5—10 Minuten, 1 Mal täglich, 2 bis 10—15 Tage lang. Mit positivem Resultat wurde die Galvanisirung in allen Fällen von Eiteransammlung in der vorderen Kammer angewandt: bei traumatischer Entzündung, Verbrennung und Abscessen der Hornhaut, eitriger Iritis, nach Pterygiumoperationen, nach Tätowirung der Hornhautflecke, bei eitriger Entzündung der Linsenkapsel nach Cataractoperationen, bei Keratitis neuroparalytica und bei allen Hornhautgeschwüren. Bestand bei letzteren eine gleichzeitige Affection der Conjunctiva, so war der Strom nur von geringem Nutzen. Am wenigsten wirksam erwies sich die Galvanisirung bei tiefliegenden Eiterungen des Glaskörpers, corpus ciliare und Panophthalmitis, bei denen sie nur schmerzstillend wirkt. Die Art der Wirkung des Stromes zu erklären ist Verf. nicht im Stande; möglicherweise kommen hier seine auf die Ernährung der Gewebe modificirende oder bactericide Eigenschaften in Betracht.

J. Olgski: «Zur Lehre von den Symptomen der Huntington'schen Chorea». (Nr. 31).

Von 26, 4 Generationen angehörenden Mitgliedern einer Familie waren 21 von der Krankheit betroffen; von den 5 verschonten haben 3 das Alter, in dem die Krankheit auftrat (36—40 Jahre), noch nicht erreicht. Letztere beginnt ohne jede direct wahrnehmbare Ursache mit unwillkührlichen Bewegungen in den verschiedenen Muskelgebieten, die jedoch vom Willen unterdrückt werden können und im Schlafe ganz aufhören. Alle beobachteten Patienten waren Blutsverwandte; sie wissen genau, dass ihre Krankheit hereditär ist und erwarten mit Schrecken das verhängnissvolle Alter. Die Dörfer, in den Verf. seine Patienten beobachtete, befinden sich in den undurchdringlichen von Sümpfen umgebenen Wäldern des Gouv. Olonez. Die Einwohner kennen hier nur die Nachbarn ihres Dorfes, welche die genannten Patienten als verdammt betrachten, sie vermeiden und sich mit ihnen nicht verheirathen wollen. Die Patienten sind deshalb mürrisch, verschwiegen, böse und haben ein leicht erregbares Nervensystem, aber keine Symptome irgend einer psychischen Störung. Sie sterben meist an intercurrenten Krankheiten.

M. Rutenberg: «Zwei leprafälle im Nikolajew'schen Kreise des Gouv. Ssamara». (Nr. 32).

J. Semazki. «Drei Fälle von Redressement der Pott'schen Kyphose nach Calot». (Nr. 32).

Alle 3 Operationen wurden vom Verf. im Klinischen Institute der Grossfürstin Helena Pawlowna mit bestem Erfolge ausgeführt.

M. Sashailow: «Ueber die Behandlung des chronischen Alcoholismus durch hypnotische Suggestion». (Nr. 33).

A. Grinbaum: «Vier Fälle von subphrenischen Abscessen». (Nr. 33).

L. Buchstab: «Ueber die Verwerthung der Röntgen Strahlen in der Diagnostik der inneren Krankheiten» (Nr. 34 und 35).

Von besonderer Bedeutnng erwies sich, in dem von Prof. Grunmach geleiteten Berliner Institut für Krankenuntersuchung mittelst der Röntgen-Strahlen, die Röntgenoscopie der Aortenaneurysmen, deren Diagnose den übrigen Untersuchungsmethoden zuweilen die grössten Schwierigkeiten bietet. Man sieht dabei zu beiden Seiten des Manubrium Sterni bald breiter, bald schmäler werdende pulsirende Schatten, die in normalen Fällen nicht vorhanden sind. Gleiche, aber nicht pulsirende Schatten, geben auch Mediastinaltumoren. Das vergrösserte Herz giebt das Bild eines pulsirenden Sackes, dessen Grösse die Dimensionen des normalen Herzens zuweilen um das Doppelte übertrifft. Auch lässt sich die Grösse des von den emphysematös erweiterten Lungen überlagerten Herzens durch die Röntgenoscopie leicht bestimmen, da erstere für die X-Strahlen durchgängig sind. Von grosser differential-diagnostischer Bedeutung ist fernerhin die Röntgenoscopie bei Lösung der Frage, ob die durch Percussion bestimmte vergrösserte Herzdämpfung von einer wirklichen Erweiterung desselben oder nur vom Hochstande des Zwerchfells abhängig ist und beim Situs viscerum transversus. Das Zwerchfell giebt einen dunklen Schatten, dessen Excursionen bei der Athmung leicht wahrnehmbar sind. Die normalen Lungen geben leichte Schatten, Infiltrations- und Indurationsherde in denselben — dunkle Schatten; Cavernen stellen sich in Form weisser Flecke dar, die von einem dunklen, den infiltrirten Rändern derselben entsprechenden, Ringe umgeben sind. Die Organe der Bauchhöhle sind bei der Röntgenoscopie nur sehr undeutlich zu sehen.

B. Greidenberg: «Ueber die fortschreitende allgemeine Paralyse der Irren bei Frauen». (Nr. 35).

Statistisches Material aus der Abtheilung für Geisteskranke der Symferopol'schen Armenanstalten. Es wurden in den letzten 12 Jahren behandelt:

	Männer,	Frauen,	Summa
Geisteskranke im Allgemeinen . .	1795	776	2511.
Darunter mit fortschreitender Paralyse	272	68	340.
Procent	15,15	8,76	13,26.

Fast alle an fortschreitender Paralyse leidende Frauen gehörten den ärmsten Volksklassen und standen im Alter von 22 bis 64 Jahren. Als Hauptursachen der Paralyse konnten auch bei Frauen: Syphilis, Alcoholismus, Heredität, psychische Aufregungen und Trauma constatirt werden. Der Krankheitsverlauf ist bei Frauen ein langsamerer, als bei Männern.

A. Sacher.

Medicinskoje obosrenje. Nr. 7 – 8.

Kasem-Beck: «Zur Casuistik der Neubildungen in den Lungen. 2 Fälle von primärem Carcinom der Lungen und ein Fall von Krebs des vorderen Mediastinium». (Nr. 7).

Serenin: «Zur Frage von der Nephrotomie». (Nr. 7).

Verfasser bekennt sich als Anhänger der Nephrotomie und will die Nephrektomie sehr eingeschränkt wissen. Die Nephrotomie ist nach den Erfahrungen des Verfassers nicht nur indicirt bei Hydro- und Pyonephrose, bei Pyelonephritis und Nephrolithiasis, sondern auch in vielen diagnostisch-dunkelen Fällen, sogar bei einigen Nierentumoren, insbesondere bei Tumoren des Nierenbeckens. Sollte es sich später herausstellen, dass die ganze Niere entfernt werden muss, so kann man immer noch die Nephrektomie (lumbale Methode oder die intracapsuläre nach Ollier) ausführen.

S. Ssuchanow: «Zur pathologischen Histologie der multiplen Neuritis». (Nr. 7).

Mikroskopische Studien an Praeparaten, die nach Marchi und nach Nissl gefärbt wurden.

J. Rosenschtat: «Ueber den Einfluss der Borshomquellen auf die Blutbeschaffenheit». (Nr. 7).

Die Borshomer Katharinenquelle kommt in ihrer chemischen Zusammensetzung dem Vichy sehr nahe. Die Untersuchungen des Verfassers haben ergeben, dass beim Gebrauch der Quelle die Blutalkalescenz erhöht wird. Bei Patienten mit pathologischen Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmtractus beobachte R. eine Erhöhung des specifischen Gewichts des Blutes und Vermehrung der Haemoglobinmenge. Die weissen Blutkörperchen verhalten sich normal. Um eine nachhaltige Wirkung der Quelle auf das Blut zu bewirken, ist ein längerer Gebrauch des Wassers erforderlich.

A. Eberlin: «Ueber die totale vaginale Extirpation des carcinomatösen Uterus nach der Pincette-Methode». (Nr. 8). Casuistischer Beitrag.

W. Jacubowitsch: «Ueber die Function der Verdauungsfermente bei Kindern in verschiedenen Krankheiten». (Nr. 8).

Die Untersuchungen des Verf. wurden an der akademischen Kinderklinik (St. Petersburg) seit 1891 ausgeführt. 24 Stunden nach dem Tode wurde von jeder Leiche die Magenschleimhaut und die Bauchspeicheldrüse genommen, dieselben zerstückelt und mit Glycerin gemengt (entsprechend dem 10-fachen Gewichte der zu untersuchenden Drüse). Um die Extraction der Fermente zu beschleunigen wurden beide Mischungen mit Glaspulver längere Zeit verrieben; zu der Magenschleimhaut-Mischung wurde Salzsäure vorher gebracht (auf 1 Gramm der Mischung 1 ccm. Salzsäure). Mit den auf diese Weise erhaltenen Extracten untersuchte Jacubowitsch die Wirkung des Pepsins auf die Peptonisation und Sacharification, den Einfluss des pankreatischen Saftes auf die Eiweiss-, Fett und Amylum-Stoffe. Die Krankheiten, denen die Kinder erlagen, waren sehr mannigfaltig (z. B. Ileotyphus, cholera infantum, leukaemia morbus maculosus, pneumonia, septicaemia, tuberculosis etc.). Verfasser fand, dass die Verdauungsfermente ihre Function noch einige Zeit nach dem Tode des Individuums beibehalten. Bei den verschiedenen Kinderkrankheiten erweist sich das sacharificirende Ferment am wenigsten in seiner Wirkung abgeschwächt, bei Ileotyphus kann man sogar eine ganz energische Wirkung desselben constatiren. Das sacharificirende Ferment des Pankreas fand Verf. in allen Fällen kräftiger, als das der Magenschleimhaut. Die peptonisirenden Fermente des Pankreas und des Magens fand Verf. in allen Fällen abgeschwächt. Bei tödlich verlaufenden Fällen von Lues congenita, bei Tuberculose, bei Hydraemie waren diese Fermente ganz wirkungslos. In einer anderen Reihe von Fällen erwies sich die Peptonisation mit Hülfe des Pankreassaftes unmöglich, während der Magensaft fast normale Peptonisationskraft behielt. Hierher gehören — Cholera infantum, septicaemia gangraena pulmonum. Umgekehrte Verhältnisse constatirte J. bei schweren Formen von Dysenterie und Empyem. Auch das fettspaltende Ferment des Pankreas erwies sich bald mehr, bald weniger abgeschwächt. Diese Befunde soll man bei der Aufstellung der Diät berücksichtigen. So wären bei Unterleibstyphus alle mehlhaltigen Suppen und stärkehaltigen Nahrungsmittel indicirt. Bei katarrhalischer Pneumonie sollen grosse Mengen von Fett nicht verabfolgt werden, indicirt sind hier Eiweissstoffe und Amylaceen. Bei Cholera infantum muss zunächst die Milch fortgelassen werden, die Kinder erhalten nur Eiweisswasser mit Cognac.

M. Tscheglow: «Ueber die pathologischen Veränderungen der Nieren bei Diphtherie». (Nr. 8).

Verfasser hat in 17 Fällen von Nierenerkrankung bei Diphtherie eingehende mikroskopische Studien angestellt. Was zunächst die Albuminurie anlangt, so konnte er ein direktes Verhältniss zwischen der Eiweissmenge und der Schwere der Infection nicht finden. Am stärksten war die Albuminurie bei mehr chronisch verlaufenden Fällen ausgeprägt. Auch der Typus der Loeffler'schen Bacillen und der sie begleitenden Kokken war nicht für den Grad der Albuminurie und überhaupt für die Schwere der Nierenläsion maassgebend. Cylinder wurden in allen Fällen von Albuminurie gefunden, in einem Falle sogar einige Tage vor dem Auftreten des Eiweissharns. Eine Abhängigkeit des specifischen Gewichts des Harns von der Menge des Sediments und des Eiweisses konnte nicht constatirt werden; endlich überzeugte sich Verf., dass die Serumtherapie keinen Einfluss auf das Auftreten des Eiweisses und der Cylinder hatte. Was nun die anatomischen Veränderungen in den Nieren anlangt, so wurden dieselben hauptsächlich in den Epithelien der gewundenen Canälchen und der Henle'schen Schleifen gefunden. In einigen Fällen war der Befund ein ganz ungewöhnlicher, die Grenzen zwischen den einzelnen Zellen waren verstrichen, die Kerne färbten sich ziemlich gut, das Zellprotoplasma jedoch hatte ein homogenes, durchsichtiges Aussehen und war nicht granulirt. Diese Veränderungen ähnen denjenigen, die nach Cantharidinvergiftung und bei Cholera beschrieben worden sind. In vielen Fällen fanden sich in den Epithelien, als Ausdruck einer tiefer gehenden Läsion, Vacuolen. Häufig war das ganze Lumen der unregelmässig erweiterten Canälchen mit homogenen, sphaerischen Massen gefüllt, während von den Epithelien, nur deren basale Theile zurückblieben. Die geraden Canälchen erwiesen sich bis auf eine Blutüberfüllung normal. In 6 Fällen fand Verf. eine ausgesprochene Glomerulitis. Auch die Blutgefässe zeigten häufig Veränderungen, Blutüberfüllung, hie und da Thrombenbildung, Verdickung der Gefässwand. Mikroorganismen wurden in keinem Falle beobachtet. Zum Schluss seiner Arbeit mahnt Verf. bei der Behandlung der Diphtherie die Entfernung der toxischen Produkte aus dem Organismus immer im Auge zu behalten. Ausser der rationellen Serumtherapie soll man auf eine Erhöhung der excretorischen Thätigkeit der Haut bedacht sein. Sehr rationell sind warme Bäder mit nachfolgender Einpackung in feuchte, warme Lacken bis zur eintretenden Diaphorese. Auch die vorsichtige Anwendung des Pilocarpins erwies sich dem Verf. sehr nützlich.

P. Michalkin: «Zur Casuistik des Muskel-Echinokokkus». (Nr. 8).

Die faustgrosse Geschwulst befand sich in der linken Schulterregion und täuschte einen kalten Abscess vor. Bei der Operation entleerte sich eine klare, strohgelbe Flüssigkeit, die, wie es sich erwies aus einer Echinokokkencyste stammte. Der Sack lag in der Muskulatur und war mit derselben fest verwachsen.

J. Krawtschenko: «Ein Fall von Fibroma durum mammae dextrae bei einem 42-jährigen Manne». (Nr. 8).

N. Winogradow: «Ueber pathologo-anatomische Veränderungen des Herzens und der quergestreiften Muskulatur beim Menschen in Gefolge der convulsiven Form der Raphanie (Ergotismus convulsivus.)». (Nr. 8).

Während die Veränderungen des Centralnervensystems bei Ergotismus klinisch und experimentell studirt worden sind, finden sich wenige Angaben über die Art der Läsion des Herzens und der quergestreiften Muskulatur. Verfasser hat in 7 Fällen dieser Krankheit genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen angestellt. Als constantes Symptom fand er im Herzen Fragmentation der Muskelfasern, die besonders im linken Ventrikel und an den Papillarmuskeln ausgesprochen war. In der quergestreiften Muskulatur findet eine wachsartige Degeneration einzelner Muskelfasern statt (analog der von Zencker bei Illeotyphus beschriebenen).

Abelmann.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psicholog. Nr. 4—6, April—Juni 1897.

Fedorow: «Die Behandlung der Chorea mit Massage». (Nr. 4).

5 kurze Krankengeschichten sollen die Vorzüge dieser Behandlungsmethode vor der mit internen Mitteln oder mit Elektricität illustriren. Begonnen wurde mit leichten Streichungen des Rumpfes und der Extremitäten, nach einiger Zeit mit eintretender Beruhigung der Pat. wurde passive Gymnastik hinzugenommen in Form von Flexion und Extension der Extremitäten und des Kopfes. Ausserdem wurden alle Pat. warm gebadet, einige erhielten auch Eisen und Arsen. Der Erfolg zeigte sich schon nach 3—4 Tagen, und nach einer Woche boten die Pat. ein ganz anderes Bild, indem die Zuckungen nur noch in schwachem Grade fortdauerten. So schnelle Resultate liefert keine andere Methode. Contraindicirt ist die Massage nur bei Aneurysma der grossen Gefässe, bei hochgradigen Klappenfehlern, bei acuter Polyarthritis. Die Wirkungsweise der Massage erklärt sich Verf. theils durch den reflectorisch beruhigenden Einfluss auf die psychomotorischen Centren theils durch Besserung des Blutumlaufes und des Stoffwechsels, infolgedessen etwaige Toxine, wenn Infectionskrankheiten der Chorea vorausgingen, schneller ausgeschieden werden können.

Tschuprina: «Eine Modification des Sayer'schen Apparates für Suspensionen nach Motschutkowski». (Nr. 4).

Um eine genaue Regulirung der an der Wirbelsäule angreifenden Last herbeizuführen, hat Verf. folgende Aenderungen am Apparate vorgenommen. Die Nackenkinnriemen sind nicht mehr an demselben Bügel mit den Axelriemen befestigt. Für ihn ist ein zweiter kleinerer Bügel eingefügt, welcher unter Einschaltung eines Dynamometers oder einer Federwaage vermittels einer Stellschraube an den grossen Bügel gehängt ist. Die Procedur der Suspensionen gestaltet sich am neuen Apparate folgendermassen: Zuerst werden die Axelriemen angelegt und wird der Flaschenzug angezogen. Alsdann werden die Kinnnackenriemen derart befestigt, dass sie sich kaum anspannen, resp. das Dynamometer auf Null zeigt. Wird hierauf der Pat. hochgezogen, bis nur die Fussspitzen den Boden berühren, so greift vorläufig die gesammte Körperlast nur an den Axeln an. Durch mehr minder starkes Anziehen der Schraube unter dem kleinen Bügel ist nun die Möglichkeit gegeben, einen in jedem Augenblicke am Dynamometer ablesbaren beliebigen Theil des Körpergewichts von den Axeln auf die Kinnnackenriemen zu übertragen, und so genau die auf die Wirbelsäule wirkende Gewalt zu dosiren. Dieser grosse Vortheil gestattet es, die Suspension fortan auch in solchen Fällen vorzunehmen, wo man bisher entweder äusserst vorsichtig vorgehen oder ganz auf sie verzichten musste, wie bei Pat. mit Emphysem, Herzfehlern, Arteriosclerose, Affection der Halswirbel.

Blumenau: «Ein seltener Fall von Syringomyelie». (Nr. 4 und 5).

Die Eigenthümlichkeiten des Falles bestehen in Folgendem: Ausser der Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit fehlt auch die tactile; Störung des Muskelgefühls in der rechten oberen und in den beiden unteren Extremitäten; Verlust des stereognostischen Gefühls in der rechten Hand; Anästhesie der Zunge und Fehlen des Geschmacks; Beschränktbleiben der Muskelatrophie ausschliesslich auf die Muskeln des Schultergürtels und des Oberarmes; eine eigenthümliche Verdickung des Handgelenks und der Finger rechterseits, hervorgerufen durch eine Hypertrophie sowohl der Haut als auch des Skeletts, sodass dieses Krankheitssymptom sehr an das bei der Akromegalie beobachtete erinnerte.

Tschigajew: «Die Zitterbehandlung einiger Formen von Nervenkrankheiten». (Nr. 4).

Benutzt wurde der «Apparat Sr. Hoheit des Prinzen von Oldenburg». Dieser besteht im Wesentlichen aus einer grossen Holzplatte, welche durch eine an ihr befestigte und vermittels eines Inductionsstromes zum Schwingen gebrachte grosse Stimmgabel in Vibrationen versetzt wird. 7 Krankengeschichten werden angeführt, welche den Schluss zu erlauben scheinen, dass in vielen Fällen von functionellen Nervenstörungen, besonders bei Neurasthenie und ebenso in Fällen von Muskelschwäche, die Vibrationstherapie den Patienten wesentlichen Nutzen bringen kann, auch dann noch, wenn andere Behandlungsmethoden sich als wenig wirksam erwiesen. In 3 Fällen von Hysteroepilepsie, in 2 von multipler Sclerose, 1 von Hypochondrie, 1 von traumatischer Neurose blieben die Vibrationen ohne deutlichen Effect oder verschlechterten gar den Zustand.

Bechterew: «Ueber das besondere, mediale Bündel der Seitenstränge». (Nr. 4.)

Widerlegung der von A. Bruce in der Revue neurologique Nr. 23, 1896 ausgesprochenen Meinung, dass die Flechsig'sche Grenzschicht der Seitenstränge bis zur Veröffentlichung eines Falles von amyotrophischer Lateralsclerose keine weitere Zergliederung erfahren habe. Schon 1893 hat Bechterew seinen Befund über das von ihm so benannte «mediale Bündel» der Seitenstränge des Rückenmarks in seinem Werke «die Leitungsbahnen des Hirns und Rückenmarks» niedergelegt und citirt hier die betreffenden Ausführungen.

Bechterew: «Ueber die Behandlung der Myotonie». (Nr. 5.)

Nach Bechterew's Ansicht ist die Myotonie keine unheilbare Krankheit. Die Stoffwechseluntersuchungen bei Myotonikern weisen darauf hin, dass in dem Muskelgewebe selbst eine chemische Störung vor sich geht, welche auf jenes vergiftend einwirkt. Hieraus erklärt sich die günstige Wirkung der Massage und Heilgymnastik, welche Verf. in 2 Fällen anwandte. Unter dem Einfluss jener Factoren schwanden die myotonischen Erscheinungen ganz oder fast ganz. Desshalb steht zu erwarten, dass auch andere den Stoffwechel, und speciell den im Muskelgewebe, verbessernde Maasnahmen, wie namentlich elektrische Massage, dann warme Bäder, Jodkali, die Myotonie günstig beeinflussen werden.

Borischpolsski: «Die Behandlung der Ischias mit schottischen Douchen». (Nr. 5.)

Verf. hält die schottische Douche (wechselnde Application von heissem Dampfe und kaltem Wasser auf die Haut entlang dem Verlaufe des Nerven) für das wirksamste Mittel gegen die Ischias. Von 32 Fällen wurden 23 völlig geheilt und bleiben es bisher $1^1/_2$ Jahre lang, 7 Fälle wurden bedeutend gebessert, und nur 2 blieben unverändert. Ausserdem will Verfasser dieser Methode eine diagnostisch-prognostische Bedeutung vindiciren. Tritt schon während der ersten Sitzung ein Nachlass der Schmerzen ein, so ist auf Heilung zu rechnen und die Ischias muss zu den idiopathischen, primären gerechnet werden. Die beiden ungeheilten Fälle waren symptomatische, secundäre Neuralgien, die eine bedingt durch Tuberculose des Hüftgelenks, die andre durch Druck eines Ovarialkystoms. Je schneller der Effect der Procedur sich äussert, um so rascher tritt Heilung ein.

Dobrotworsski: «Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln beim Alcoholismus». (Nr. 5.)

Bei 5 von 6 untersuchten Alcoholikern bestand die eigenthümliche Veränderung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln darin, dass bei jeder folgenden Schliessung der Kathode (bisweilen auch der Anode) des constanten Stromes bei gleichbleibender Stromstärke die Muskelcontractionen die Neigung haben in ihrer Intensität zuzunehmen, was sich in klonischer Contraction äussert, welche mitunter bis zu einem bedeutenden klonischen Krampfe sich steigern kann. Diese erhöhte Erregbarkeit lässt sich wahrscheinlich stets finden, wenn der abusus spirituosorum aus irgend welchen Gründen sistirt wurde, während der fortgesetzte Missbrauch zur Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit führt.

Ossipow: «Ueber die centralen Endigungen des nervus accessorius Willisii». (Nr. 5.)

Die an jungen Hunden und Kaninchen ausgeführten Untersuchungen nach der Methode der Atrophie in Verbindung mit derjenigen der Nichtentwickelung ergaben folgende, vorläufig mitgetheilte, Resultate:

1) Atrophie der Wurzeln des XI. Nerven sowohl im unteren Theile des verlängerten Markes als auch im Rückenmarke.

2) Atrophie der Zellen des dorsalen Kernes des X. Nerven; besonders in seinen unteren Abschnitten.

3) Atrophie des solitären Bündels auf der Seite der Operation.

4) Atrophie der vorderen Gruppe der Vorderhornzellen im Niveau des unteren Abschnittes der Pyramidenkreuzung auf der Seite der Operation.

5) Atrophie einzelner Zellen des Seitentheils des Vorderhornes auf der Seite der Operation.

6) Atrophie der Zellen des Seitenstrangkernes auf der Seite der Operation.

Michelson.

Дозв. ценз. Спб. 4 Октября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 10. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1897.

Medicina Nr. 12—32.

J. Schindelmeiser: «Einiges über die Auffindung des Morphiums im menschlichen Urin». (Nr. 12).

Autor untersuchte den Urin von gesunden Leuten, zu dem Morphium (0,03) zugefügt war, den Urin von zwei Morphinisten und den von Patienten, denen Morphium verordent worden war, schliesslich zur Controle normalen Urin. Der zu untersuchende Urin wurde auf dem Wasserbade eingedampft, absoluter Alkohol und Salzsäure bis zur schwach sauren Reaktion hinzugefügt und nach 12 Stunden filtrirt, wobei Alkohol bis zur völligen Entfärbung des Filtrats zugesetzt wurde. Nach Entfernung des Alkohols wurde der saure, in Wasser lösliche Rückstand mehrmals mit Amylalkohol zur Beseitigung von Beimengungen behandelt. Die wässrige Lösung des Rückstandes wurde mit Aetzkali neutralisirt, mit Amylalkohol ausgeschüttelt, letzterer auf Uhrschälchen verdunstet und der Rückstand mit den gewöhnlichen Reagentien auf Morphium geprüft. Auf Grund der ausgeführten 9 Untersuchungen kommt Verfasser zum Resultat, dass sich aus morphiumhaltigen Urin, mag er frisch oder zersetzt sein, durch obige Behandlung eine Substanz nachweisen lässt, die alle Reactionen des Morphiums giebt Oxymorphin konnte Verfasser nicht nachweisen. Die Untersuchungen wurden im Laboratorium des pharmaceutischen Instituts in Jurjew ausgeführt.

N. Preis: «Fünfjähriges Fehlen des Hungergefühls in Folge von Syphilis». (Nr. 12—14).

An den Verfasser wandte sich ein 33-jähriger Maschinist mit der Klage, dass er bereits seit 5 Jahren keinen Hunger fühle, selbst wenn er mehrere Tage lang nichts esse. Vor 11 Jahren hatte er Lues acquirirt, die ziemlich oberflächlich behandelt worden war und nur leichte Erscheinungen gemacht hatte. Bei der Untersuchung constatirte P., dass Lungen und Herz «von Tabak afficirt waren». Es bestanden Anämie, leichte Periostitis sterni et crurum, Erhöhung der Patellareflexe, Zittern der Zunge, Romberg'sches Symptom, Schmerzhaftigkeit der Lumbalwirbel, Impotentia cocundi und ausgebreitete Myositis gummosa. Alle diese Erscheinungen führt P. auf Lues zurück, da das durch Lues pathologisch veränderte Blut in den verschiedensten Organen, die es speist, Veränderungen hervorbringen kann. Daher wurde eine antiluetische Cur eingeleitet und zwar Schmiercur verbunden mit einer Trinkcur: Essentuki Nr. 17 (enthält Natrium bicarb. und Chlornatrium) und Elisabethbrunnen (Schwefelquelle), welche das Blut reinigen und den Stoffumsatz fördern sollen, wie das Verfasser bei allen seinen luetischen Patienten übt. Zugleich wurde ein «Thee von blutreinigenden Kräutern verordnet. Ueber seine Behandlungsmethode der Lues verbreitet sich Autor, der während der Saison in den kaukasischen Mineralbädern zu practisiren scheint, ausführlich und giebt dabei recht eigenartige Ansichten von sich.

Nach einem Monat musste Patient die Cur aufgeben, theilte aber nach einem Jahre dem Verfasser mit, dass sein Hungergefühl und die Potenz wiedergekehrt seien und dass er sich überhaupt besser fühle.

Prof. Rosenbach: «Allgemeine Therapie der Herzkrankheiten». (Nr. 12, 13, 18—28, 31, 32).

Uebersetzt von J. Kaplan.

J. Cantlie: «Zur Therapie der Pest». (Nr. 14).

Uebersetzung aus der Revue de Thérapeutique.

J. Neustab: «Masern oder Rötheln»? (Nr. 15).

Nach genauer Beschreibung von 6 Fällen hält sich N. zur Behauptung berechtigt, dass es keine Rötheln giebt, sondern dass alle als Rötheln diagnosticirte Erkrankungen den Masern zuzuzählen sind, die in ihrem Verlauf verschiedenen Abweichungen unterworfen sein können. Gerade einen solchen anomalen, gewöhnlich sehr leichten Verlauf nehmen Masern, wenn sie zum zweiten Mal beim selben Individuum auftreten, was N. für bewiesen hält. Von Masern werden nur solche zum zweiten Mal befallen, bei denen die Immunität gegen dieselben abgeschwächt ist oder vollkommen verloren ging und zu gleicher Zeit eine Prädisposition zur Ansteckung existirt.

(Gegen die Annahme des Verfassers spricht schon das Faktum, dass an Rubeola erkrankte und irrthümlicherweise mit Masernkranken zusammengebrachte Kinder prompt zum Termin Masern bekommen).

Prof. Kraepelin: «Zur Frage der Ueberbürdung». (Nr. 15, 17, 19, 20).

Uebersetzung von L. Orschanski.

M. Pargamin: «Das Weib vom medicinischen Standpunkt». (Nr. 16—32).

Fortsetzung folgt.

Populär gehaltener Aufsatz, der offenbar für Laien bestimmt ist, dabei aber eine Anzahl aus der Literatur gesammelter und nur für Mediciner verständlicher Krankengeschichten enthält, so dass es scheint, als ob der Verfasser sich nicht ganz klar über den Zweck seiner im Allgemeinen recht dürftigen Arbeit geworden ist.

R. Koch: «Ueber neue Tuberkulinpräparate». (Nr. 16).

Uebersetzung aus der Deutschen medicinischen Wochenschrift.

Boas: «Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten». (Nr. 21—26, 29, 30).

Uebersetzung von L. Aichenwald.

W. Zarubin: «Zur Structur der Cowper'schen Drüsen». (Nr. 27, 28).

Verfasser untersuchte obige Drüsen beim Schwein und kam zu folgenden Resultaten:

1) Die Cowper'schen Drüsen gehören zu den acinösen Drüsen.
2) Sie sind echte Schleimdrüsen.
3) Das Epithel der Ausführungsgänge ist ein mehrschichtiges, polymorphes.
4) In den Ausführungsgängen kommen Schleimzellen (Becherzellen) in grosser Zahl vor.
5) Die Drüsenelemente in den Schläuchen der Cowper'schen Drüsen haben eine specifische körnige Structur, analog der Theca der Becherzellen in den Ausführungsgängen.

P. Dmitriewsky: «Kurze Notizen aus ausländischen Kinderkliniken». (Nr. 29—32).

Einige Mittheilungen aus den Prager und Wiener Kliniken.

Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sbornyku. (März—August).

P. Cholschewnikow: «Bericht des Anatomicums des Kronstädter Marinehospitals für das Jahr 1895». (März, April).

Kurze Uebersicht über 600 Sectionen.

K. Morkotun: «Ueber Erkrankungen während weiter Seereisen». (März—August).

Verfasser hat aus den Berichten und Schiffsjournälen der russischen Flotte alle Erkrankungen während der Uebungsfahrten und ausländischen Reisen vom Jahre 1874 bis 1891 gesammelt und giebt eine detailirte Schilderung der verschiedenen Krankheitsformen. Im allgemeinen nahm die Durchschnittszahl der Erkrankungen in den letzten Jahren zu und war $1^1/_2$ Mal so gross als die der Erkrankungen auf dem Festland.

A. Rontschewsky: «Die Pest in Hongkong 1894». (März).

M. Bogdanow-Beresowsky: «Die Function des Gehörorgans im Greisenalter». (April—Juni).

Die Gehörfunctionen wurden bei 136 Männern und 86 Weibern von 50 bis 104 Jahren untersucht und ergaben folgende Veränderungen. Die Herabsetzung des Gehörvermögens nimmt vom 50. Jahre an progressiv zu, wobei Uhr und Politzer'scher Gehörmesser schlechter wahrnehmbar werden als Flüsterton. Bei qualitativer Prüfung des Gehörs bleibt die obere und untere Grenze der musikalischen Töne beinahe ohne Veränderung. Die Resultate der quantitativen Prüfung des Gehörs mit der Stimmgabel weisen auf eine allmähliche Abschwächung desselben hin, wobei der hohe Theil der Skala schlechter vernommen wird als der tiefe. Die Dauer der Wahrnehmung von Tönen durch Knochenleitung wird im Alter kürzer, geht aber selten ganz verloren. Der auf dem Scheitel erzeugte Kammerton wird bei Greisen nicht in beiden Ohren gleichmässig projicirt, sondern bloss an der Stelle der Fixation der Stimmgabel und oft fehlt die physiologische Kreuzung des Gehörbildes bei Anlegen der Stimmgabel an ein Scheitelbein. Das Gehör der Greise ist schlechter, als das der Greisinnen, daher findet man auch häufiger Taube unter ersteren. Acute Erkrankungen des Gehörorgans im Greisenalter sind selten, treten sie aber auf, so verlaufen sie gewöhnlich schwer. Die Herabsetzung des Hörvermögens hängt im Greisenalter meist von Veränderungen des inneren Ohres ab. Häufig finden sich atrophische Zustände der Schleimhaut und Submucosa und der Schleimdrüsen im Nasenrachenraum, von denen letztere sogar ganz schwinden können.

M. Harten: «Ein Fall von Pyämie nach eitriger Otitis media». (April).

Der Patient wurde mit acuter eitriger Otitis media rechterseits und Perforation des Trommelfells in das Sewastopoler Marinehospital aufgenommen. Die Körpertemperatur war erhöht und gab unregelmässige Schwankungen. Nach einigen Tagen traten Schmerzen und Schwellung in den Weichtheilen an verschiedenen Körperregionen auf. Zu gleicher Zeit machten sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten proc. mastoideus bemerkbar, so dass zur Trepanation desselben geschritten wurde, wobei sich aus den Knochenzellen wenig Eiter entleerte. Die Trepanationsöffnung wurde bis zur Dura erweitert, die gelb verfärbt war, ohne dass eine Probepunktion Eiter ergeben hätte. Am nächsten Tage zeigte sich ein Eitertröpfchen in der Punktionsöffnung und ein hierauf in die Dura gemachter kreuzförmiger Schnitt entleerte wieder etwas Eiter. Hirnerscheinungen fehlten während der ganzen Zeit. Unterdessen waren obenerwähnte Schwellungen in Abscedirung übergegangen und im Laufe der folgenden Tage wurden 13 pyämische Abscesse der Weichtheile eröffnet. Darnach fiel die Temperatur zur Norm und Patient genas bald.

W. Aristow: «Bericht über eine Abcommandirung ins Ausland». (April, Mai).

A. Fadejew: «Bericht über innere Krankheiten im Jahre 1895». (Juli, August).

Kurzer medicinischer Bericht über die in der inneren Abtheilung des Petersburger Marinehospitals zur Aufnahme gelangten Kranken während des Berichtjahres. Darunter waren 130 Fälle von Influenza, 115 Fälle von Abdominaltyphus, 67 Malariafälle, 39 Tuberkulöse, 26 Pneumoniker.

M. Harten: «Zur Casuistik der Operationen bei Echinococcus der Bauchhöhle». (Juli, August).

Verfasser konnte 42 in Russland operirte Fälle sammeln, denen er zwei eigene beifügt. Beim ersten 24-jährigen Patienten fand sich eine Geschwulst rechts im Epigastrium, die bis 9 cm. unter den Processus xyphoideus reichte. Dieselbe war beweglich, undeutlich fluctuirend und ergab bei der Probepunction opalescirenden dünnflüssigen Inhalt. Bei der nach Volkman ausgeführten Operation wurde in der ersten Sitzung das Peritoneum mit Katgut an die Bauchwunde geheftet und nach 8 Tagen die im Grunde der Wunde blossgelegte Leber durch Schnitt eröffnet, wobei sich ein grosses Quantum Flüssigkeit entleerte. Beim häufigen Verbandwechsel gelang es darauf allmählich die ganze Chitinhülle zu entfernen. D[illegible]se Höhle schloss sich durch Granulation. Patient [illegible]r zweite Fall betraf einen Matrosen, der ½ Jahr [illegible]gen einer dem linken Rippenrand kuppelförmig auf-s[illegible]eschwulst operirt worden war. Damals entleerten sich [illegible] und nach ca. 1 Monat auch Theile einer E[illegible]coccenblase aus der Wunde. Die Fistel schloss sich allmählich. Nach ½ Jahre war wieder an derselben Stelle eine Geschw[illegible] aufgetreten, die schnell zunahm. Bei Eröffnung derselben entleerten sich aus dem mit der Bauchwand verlöteten Sacke viel Eiter und eine grosse Zahl von Tochterblasen. Der Echinococcus lag unter dem Diaphragma, doch konnte sein Ausgangspunkt wegen der Verwachsungen nicht näher ernirt werden. Unter fortwährender Ausstossung von Tochterblasen heilte die Wunde und Patient wurde gesund entlassen.

M. Bogdanow-Beresowsky: «Einige Beobachtungen über die Behandlung von Kehlkopfkrebs mit Chelidoneum majus». (Juli).

Verf. theilt 2 Fälle mit; in einem handelte es sich um primären Stimmbandkrebs, der nicht exulcerirt war und über 1 Jahr bestand, im anderen um einen secundären Krebs des Kehlkopfs, der von der Speiseröhre ausgegangen war. In beiden Fällen wurde das Extractum Chelidonei innerlich und dasselbe zu gleichen Theilen mit Glycerin zum Einpinseln verordnet und darnach Zerfall, Verkleinerung und Vernarbung der Geschwulst constatirt, ebenso Abnahme der subjectiven Symptome. Die Beobachtung der Patienten dauert fort.

N. Kirikow: «Zur Morphologie der Malariaplasmodien». (August).

Bei einem an Tertiana leidenden Matrosen fand Verfasser im Blut neben den gewöhnlichen Plasmodien zahlreiche, gut gefärbte Stäbchen von ca. 2 Mikron Länge. Häufig fanden sie sich in den rothen Blutkörperchen, zuweilen zu 2 oder 3. In einigen Stäbchen sah K. Pigmentkörnchen, die besonders an beiden Enden lagen. Daneben fanden sich Uebergangsformen zu den gewöhnlichen Plasmodien. Culturversuche aus dem Blute auf verschiedenen Nährmedien blieben erfolglos.

Weyert.

Eshenedelnik 19—30. 1897.

E. Lasarew: «Sarcoma multiplex idiopathica cutis pigmentosa». (Nr. 19).

Kaposi hat 1870 die ersten fünf Fälle dieser Erkrankung unter obiger Bezeichnung beschrieben; seit der Zeit sind nicht viele Fälle publicirt. L. hatte eine 63-jährige Patientin in Behandlung, die in der rechten Wangengegend ein aus kleinen Knötchen zusammengeflossenes Infiltrat hatte. Ein solches, von schwarzrother Farbe, war auch auf der linken Unterkiefergegend zu sehen. Einzelne Knoten von erbsengrösse waren auf der Stirn, der Wange, dem Ohr, Nase und Hals zu sehen, alsdann auf beiden oberen Extremitäten, am unteren Ende der Ulna war ein Knoten pflaumengross. Die Farbe war hell- bis dunkelblau. Die unteren Extremitäten waren gleichfalls von derartigen Knötchen besetzt, während der Rumpf ganz frei davon war. Die ersten Knoten waren im Gesicht, nicht an Händen und Füssen, wie es typisch ist, aufgetreten. Nach längerer Massagecur und Behandlung mit Arsen anfangs innerlich, dann subcutan, war eine Anzahl von Knoten verschwunden, dagegen traten aber immer wieder neue auf. Ueber den malignen Charakter dieser Erkrankungsform wird viel gestritten, manche Autoren stellen den Zusammenhang mit dem Sarcom in Frage und rechnen die Knotenbildung zur Gattung der Lymphome (Stukowenkow) oder führen die Entstehung derselben auf eine paralytische Angioneurose zurück (Semonow). Verfasser hat Pat. später aus den Augen verloren.

A. Illisch: «Ueber die mechanische Behandlung bei Erkrankungen des Mittelohres nicht eitrigen Charakters». (Nr. 20).

Verfasser hat an der Poliklinik für Ohrenkranke in München weitere Versuche über die von Jankau empfohlene «Doppelmassage» angestellt. Diese besteht in einer rhythmischen Compression (200—250 mal in der Minute) eines Gummiballons, der durch zwei Gummischläuche mit dem äussern Ohre einerseits, mit der Einmündungsstelle der Tuba Eust[illegible] im Nasenrachenraum andererseits in Verbindung steh[illegible] (Vibrationsmassage). Verfasser zieht diese Methode der [illegible] vor. [illegible] Fällen von Sclerosis des Trommelfelles, Res[illegible]en Eiterungen mit Narbenbildung etc. [illegible]

P. L[illegible] «Ueber Narcolepsis». (Nr. 21).

L. [illegible]epsie d. h. nicht zu überwindende Neig[illegible]Beobachtung gehabt. Verfasser [illegible]

[illegible]». (Nr. 22).

[illegible] Russland eine seltene [illegible]statistischen Angaben anderer Länder [illegible]). Verfasser beschreibt 2 Fälle von E[illegible]coccus [illegible] beide Pat. im Kindesalter repräsentiren, beide wurden operativ geheilt. M. warnt vor den Probepunctionen, die für die Diagnose keine Stütze bieten,

den Symptomencomplex vielmehr compliciren (durch Austritt der Flüssigkeit unter die Conjunctiva und das Orbitalzellgewebe) und die Operation erschweren.

S. Goldenberg: «Ueber die Behandlung des Trippers mit Ichthyolausspülungen nach Janet». (Nr. 23).

Verfasser wandte zur Abortivbehandlung eine 1%, später 2% Lösung von Ammonium sulfo-Ichthyolausspülungen an, es wurden 3 Pfund Flüssigkeit von 40° C. 2 mal täglich zur Ausspülung benutzt. In den ersten Tagen tritt ein Gefühl von Brennen auf, am 4. oder 5. Tage hören die Blasenbeschwerden auf, das Secret wird weniger eitrig und am 14.—15. Tage versiegt dasselbe gewöhnlich ganz. G. hat 43 Pat. behandelt, in 23 Fällen trat Heilung ein. Als Complicationen bei dieser Behandlungsmethode traten 6 mal Epididymitis und 4 mal Urethritis post auf. Die Behandlung erstreckte sich auf 9—45 Tage. Chronische Fälle eignen sich nicht für diese Behandlungsmethode, hierbei waren 5%—6% Lösungen erforderlich, welche aber Tenesmen und starkes Brennen verursachen. Aus diesem Allem geht hervor, dass die Behandlung mit Kali hypermang. bedeutend bessere Resultate giebt, die Dauer der Behandlung eine kürzere ist und Complicationen fast nie auftreten.

A. Abramowitsch: «Ueber die primären Bauchhöhlenempyeme bei Kindern». (Nr. 24 u. 25).

Verfasser unterscheidet in Uebereinstimmung mit anderen Autoren die primären Bauchhöhlenempyeme von den secundären, die nach Paranephritis, Geschwüren des Magen-Darmtractus, Abscessen der Leber, Milz etc. auftreten können. Erstere sind idiopathisch, ein aetiologisches Moment lässt sich nicht nachweisen. Die drei Fälle, die Verfasser beobachtet hat sind folgende:

Fall I: 1½-jähriges Kind, gut genährt: Fieber, der Unterleib gespannt und empfindlich, der ganze Leib aufgetrieben. Nach 6 Tagen lässt sich im Unterleib Fingerbreit über den Nabel reichend, eine Resistenz undeutlich durchfühlen, bald darauf eröffnet sich durch den Nabel ein Abscess mit Entleerung von 2 Glas Eiter. Genesung.

Fall II: Ein 8-jähriges Kind litt an Durchfallen mit Fieber, Schmerzhaftigkeit und Aufgetriebenheit der Unterbauchgegend mit gedämpftem Percussionsschall. Nach 14-tägigem Bestehen dieser Erscheinungen Durchbruch von Eiter durch den Nabel. Genesung.

Fall III: Ein 3-jähriges Kind, das die Erscheinungen eines Typhus abdom. darbot, wies am 21. Tage der Krankheit folgendes Bild auf: hochgradige Abmagerung, Auftreibung des Leibes, später Zunahme der Auftreibung, Spannung der Unterbauchgegend, gedämpfter Schall daselbst, Fluctuation und freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle, Fieber. Ungefähr nach 4 Wochen später wölbte sich die Nabelgegend stark vor, Eröffnung durch Schnitt, Entleerung von circa 20 Glas eitriger Flüssigkeit. Die Temperatur blieb hoch, Tod, Section ausgeblieben. — Es bleibt die Behauptung bestehen, dass sich in manchen Fällen das ursächliche Moment nicht feststellen lässt, — in diesen Fällen muss man sich mit der allgemeinen Erklärung der kryptogenetischen Infection helfen. Verfasser unterscheidet 3 Gruppen von Eiteransammlung in der Bauchhöhle: 1) solche mit abgegrenzter Eiterung. 2) solche mit diffuser Infiltration der Bauchdecken ohne abgegrenzte Eiterung und 3) die «ascites-ähnliche» Form des Bauchhöhlenempyems. Verfasser bespricht den Verlauf, Diagnose und Behandlung.

Ladigin: «Fractura penis». (Nr. 26).

Der Penis war S-förmig gekrümmt, stark geschwollen, in der Mitte fühlte man eine walzenförmige Verdickung, die Haut von angedrungenen Venen überzogen. Der Harn war klar, mithin war die Urethra unversehrt. Es wurde eine Fractur des Penis constatirt. Pat. hatte, im Begriff den Coitus auszuführen, aber durch das Erscheinen des Vaters davon abgehalten, das «erigirte Glied von rechts nach links gedreht» und dabei ein knirrschendes Geräusch vernommen, ohne Schmerz zu empfinden. Die walzenförmige Verdickung war durch Blutgerinnsel am Ort der Fractur entstanden. Unter Eis fiel die Schwellung allmählich ab, das Glied war nicht beständig erigirt, sondern nur zeitweise, besonders während des Urinirens, die walzenförmige Verdickung schwand allmählich unter Einreibungen mit Ung. ciner. und einem Compressionsverband, nach 11 Tagen vollkommene Genesung.

A. Iljisch: «Zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose». (Nr. 27).

I. publicirt 5 von Gougenheim und ihm in Paris nach Angabe Gougenheims operirte Fälle von Larynxtuberculose. (Arytaenoidectomie). Es tritt Erleichterung im Schlucken ein, in seltenen, auf die Gegend der Arytaenoideaknorpel localisirten Fällen von Tuberculose kann bei frühzeitigem Eingriff radicale Heilung erfolgen.

A. Natanson: «Ueber die Wirkung und Anwendung des Holocainum's zur localen Anaesthesie». (Nr. 28).

Verfasser hat das Holocainum in der ophthalmologischen Praxis vielfach mit gutem Erfolg angewandt bei kleinen Operationen am Auge. Es wirkt stärker als Cocain, wird daher nur in 1% Lösung angewandt. Ausserdem wird diesem Mittel eine leicht desinficirende Wirkung zugeschrieben.

J. Gorschkow: «Vasomotorische Effecte auf der Haut und ihre Beziehungen zu verschiedenen Krankheiten». (Nr. 29 u. 30).

Verfasser untersuchte die Reactionsfähigkeit der Hautoberfläche auf mechanische Reize. Bei Einwirkung eines Reizes mit einem stumpfen Gegenstand lässt sich zuerst ein Stadium der Latenz, das gewöhnlich 3 Sekunden dauert, unterscheiden; darauf folgt das Stadium der sichtbaren Reaction, wo durch Erschlaffung der Gefässnerven eine locale Hyperaemie auftritt. Bei 232 Individuen von 270 verschiedenen Alters, Geschlechts, Lebensstellung etc. war die Reaction vorhanden, bei 38 fehlte dieselbe. Der Zeitpunkt des Eintrittes der sichtbaren Reaction variirte je nach der Beschaffenheit der Haut (bei blasser oder stark pigmentirter langsamer). Verfasser unterscheidet 3 Categorien je nach dem Eintritt der Reaction. Zur I. Categorie gehören diejenigen Fälle wo überhaupt keine Reaction eintritt, bei der II. Categorie sieht man nach 4—60 Secunden die Haut reagiren, dieses beobachtete man bei Kindern, gesunden Männern und bei Leuten, die an den leichtesten Formen von Nervenkrankheiten (Neuralgien) leiden. Die III. Categorie (Reaction später als nach 60 Secunden) stellte sich aus Neurasthenikern etc. zusammen. Allgemeine Ernährung, Stimmungsverhältnisse, Tageszeiten etc. — dies Alles übt einen Einfluss auf das vasomotorische Centrum. Gewisse Nervenkrankheiten (Epilepsie, Hysterie, multiple Sclerose des Hirns und Rückenmarkes) erhöhten den Reflex.

Lingen.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. III, Heft 6, Bd. IV, Heft 1—2.

N. Petrow: «Ueber Lungenmilzbrand (Haderkrankheit». (Bd. III, Heft 6).

Bekanntlich ist der primäre Lungenmilzbrand sehr selten, man beobachtet ihn zuweilen in Papierfabriken bei Arbeitern, die mit der Sortirung der Lumpen und der Wolle beschäftigt sind. Verfasser hat nun einen exquisiten Fall dieser Krankheit constatiren können und zwar bei einem 25-jährigen Bürstenbinder, dessen Mitarbeiter alle gesund blieben. Am 5. Krankheitstage wurde er in das Obuchow-Hospital eingeliefert; man fand Cyanose der Extremitäten, Dämpfung in den hinteren Partien der linken Lunge. Patient starb am anderen Tage. Bei der Autopsie fand man an der Haut keine Ulcerationen oder Abschürfungen; die Schleimhaut der Zunge, der Mundhöhle, des Rachens, Kehlkopfes und der Schlundröhre ebenfalls ganz normal. Herzfleisch trübe. Die Lungen anämisch und ödematös; die hintere Partie des linken Oberlappens ist etwas fester, als die anderen Partien, das Gewebe ist grauröthlich und lässt beim Drücken eine mit Luftblasen gemischte, trübe Flüssigkeit durchsickern; die Bronchialdrüsen sind stark vergrössert, von dunkel-rother Farbe. Hyperämie der Leber, der Milz und der Nieren. Im Blute, im Milzsafte, im Lungengewebe und in den Bronchialdrüsen fanden sich Bacillen in grossen Mengen, die alle morphologischen, biologischen und pathogenen (Inoculation von Mäusen) Eigenschaften des Milzbrandbacillus zeigten. Die mikroscopische Untersuchung des Lungenherdes ergab: die Blutgefässe stark dilatirt und mit Blut gefüllt; die interalveolären Räume stark mit polynucleären Leucocythen und Milzbrandstäbchen infiltrirt. Das Alveolarexsudat besteht aus grossen epithelialen Zellen, die grosse Pigmentkörner und polynucleare Leucocythen einschliessen, hie und da finden sich körnige Albuminmassen. Das Zellprotoplasma ist granulirt, in vielen Zellen fehlt der Kern. Die Bacillen finden sich in den Alveolen bald frei liegend, bald in Epithelien oder Leucocythen eingeschlossen. Auch im subpleuralen und pleuralen Gewebe finden sich die Bacillen, die sogar bis zur Pleuraoberfläche zerstreut sind. In der Trachea und dem linken Bronchus ein Bacillen enthaltender Schleimhautbelag. Das Gewebe der Bronchialdrüsen ist stark blutig infiltrirt; in der Mitte der Haemorrhagien finden sich nekrotische Herde und Gruppen von polynucleären

weissen Blutzellen; überall finden sich massenhafte Milzbrandbacillen. — Der ganze Befund weist somit darauf hin, dass die Infection der Lunge auf dem Wege des Lymphgefässsystems erfolgt.

S. Goldberg: «Ueber den Einfluss der Thyreodectomie bei jungen Thieren auf die Entwickelung des Organismus, insbesondere des Schädels und Gehirns». (Bd. III, Heft 5 und 6).

Auf Grund seiner experimentellen Studien gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Bei jungen Kaninchen bewirkt die Entfernung der Schilddrüse nicht immer eine mangelhafte Entwickelung des Organismus. 2) Die nach der Operation zuweilen auftretende Störung äussert sich im Aufhalten des Wachsthums, mangelhafter Entwickelung des Organismus und trophischer Erkrankung der Haut (das Bild erinnert an atrophischen Cretinismus). 3) Die mangelhafte Entwickelung äussert sich in Verkleinerung aller Organe (Verminderung des Gewichts und der Grösse). 4) Das Gewicht und die Dimensionen des Gehirns sind geringer, als bei Controllthieren; die Ganglienzellen der Rinde zeigen das Bild der Atrophie und Vacuolisation. 5) Die Dimensionen des Schädels sind besonders im Längsdurchmesser vermindert, der Querdurchmesser bleibt beinahe normal. Die Basalknochen, welche aus Knorpelgewebe entstehen sind mangelhaft entwickelt, während die Knochen des Gesichts und des Schädeldaches, die aus Bindegewebe sich entwickeln, normal bleiben. 6) Die Röhrenknochen sind verkürzt, aber ebenso dick, wie bei normalen Thieren; die epiphysären Knorpel sind dicker, als normal; dieses ist durch stärkere Entwickelung des interstitiellen Gewebes bedingt; die Knorpelzellen sind geschrumpft. 7) Constant vergrössert erweist sich die Hypophysis, während die Thymus, die Nebennieren und die Milz normal bleiben. 8) Die accessorischen Schilddrüsen spielen bei jungen Kaninchen keine Rolle.

A. N. Ssokolow: «Ueber die Adenome der Leber und multiple Adenome der Gallengänge». (Bd. III, Heft 6).

E. Lasarew: «Ein Fall von Blutcyste in der Seitenregion des Halses». (Bd. III, Heft 6).

Bei einem 1½-jährigen Knaben constatirte Verf. in der linken Seite des Halses einen Kindskopfgrossen fluctuirenden Tumor, der in den letzten 6 Monaten sehr rasch gewachsen war, so dass er einen Theil der linken Wange und der linken Brustregion einnahm. Bei der Operation fand man eine aus 2 Hohlräumen bestehende Blutcyste, die mit der Vena jugularis communis in directer Verbindung stand. Die Cystenwand zeigte genau dieselbe Structur, wie die Wand der Vene; beide Hohlräume communicirten miteinander durch eine Klappe, die den Venenklappen entsprach.

M. Futran: «Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffs». (Bd. IV, Heft 1).

Die klinischen Beobachtungen des Verf. ergeben, dass der diuretische Effect des Harnstoffs sehr gering ist und dem der anderen Mittel nicht gleich kommt. Schädliche Wirkung besitzt der Harnstoff selbst in grossen Dosen nicht.

L. Scheiniss: «Ueber den Einfluss der künstlichen Apyrexie auf den Verlauf von Infectionskrankheiten». (Band IV, Heft 1).

Die Experimente wurden an Kaninchen angestellt. Dieselben wurden durch intravenöse Injection von 2—4-tägigen Bouillonculturen des Staphylokokkus pyogenes (⅓ ccm.) inficirt. Die gewöhnlich schon nach einigen Stunden auftretende hohe Temperatur (40—41,5) wurde durch Einreibung von 20—25 Tropfen Guajacol in die Haut zur Norm oder sogar unter die Norm gebracht. Zuweilen waren wiederholte Guajacoleinreibungen nothwendig. Gleichzeitig wurden ein oder sogar 2 Controllthiere mit derselben Dosis inficirt, die Temperatur aber nicht künstlich herabgesetzt. Es ergab sich, dass die künstlich hervorgerufene Apyrexie die Infection zu einer sehr schweren macht; während die so behandelten Thiere schon nach 24—48 Stunden unter den Erscheinungen der acuten Septicämie zu Grunde gingen, trat der Tod bei den Controllthieren erst nach 2—4 Wochen ein, es bildeten sich viele Eiterherde in den Nieren, der Leber und dem Herzen aus. Verfasser überzeugte sich, dass die antifebrile Wirkung des Guajacols nicht auf giftige Eigenschaften desselben zurückzuführen sei; ferner zeigte ein Controllversuch mit Einreibung von Jodoformcollodium, dass hier der Einreibungsact an und für sich keineswegs zu beschuldigen ist. Verfasser versuchte ferner die inficirten Thiere, bald nach der Guajacoleinreibung in Thermostate zu bringen, um die antifebrile Wirkung aufzuheben; es ergab sich, dass solche Thiere sich ebenso verhielten, wie die oben erwähnten Controllthiere. Die angeführten Ergebnisse lassen den Verf. schliessen, dass das Fieber als eine günstige Reaction des Organismus zu betrachten sei.

L. Tschugaew: «Die Wirkung der Gifte auf Mikroorganismen».

Verfasser studirte die Wirkung der Aldehyde und Cetone an Mikroben; eine ganze Reihe solcher Stoffe wurde geprüft: Formaldehyd, Acetaldehyd, Valeraldehyd, Oenantaldehyd, Benzaldehyd, Aceton, Methyl-propylceton, Acetophenon, Chloraceton, Bromaceton. Die Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, dass zu einer bestimmten Menge der gewöhnlichen Peptonbouillon (1%) bestimmte Gewichtsmengen der zu prüfenden Stoffe hinzugesetzt und die Lösung durch ein Pasteur'sches Licht filtrirt wurden. Die sterile Flüssigkeit wurde alsdann in sterile Röhrchen gegossen und diese auf 24 Stunden im Thermostat bei 37° C. gelassen, um eine etwaige Verunreinigung zu erkennen. Die Probirröhrchen wurden dann mit eintägigen Culturen der zu prüfenden Mikroben inficirt, daneben zur Controlle wurden auch Probirröhren mit reiner Bouillon inficirt. 16 verschiedene Arten der Mikroorganismen wurden geprüft: Bac. anthracis, Bac. coli commune, B. cholerae asiaticae, B. typhi. abdom., B. rinosclerom., Coccobacillus suinum. Pneumobacillus Friedländeri, Bac. pyocyaneus, Staphylococcus aureus et albus, Bac. diphtheriae, Bac. subtilis, micr. tetragenus. etc. Die Ergebnisse der Experimente waren folgende:

1) Die Toxicität der Stoffe rührt von der Aldehydgruppe her.

2) Mit der Vergrösserung des Moleculargewichts des Aldehyds sinkt die Toxicität, und noch mehr beim Uebergange des Aldehyds in Ceton oder Acetal oder, wenn in das Aldehydmolekül Hydroxyle hineingebracht werden.

3) Werden dagegen in das Molekül Phenyle hineingebracht, so wächst die Toxicität.

4) Ebenso steigt die Giftigkeit der Cetone bedeutend, wenn in das Molekül Chlor oder Brom hineingebracht werden.

E. Goldenhorn: «Zur Casuistik der Ausgänge der paranephritischen Abscesse.

Verfasser beschreibt einen sehr instructiven Fall von paranephritischem Abscess, der sich in das Colon ascendens entleerte und auf diese Weise zur Heilung führte.

A. Mankowski: «Ueber die belebende Wirkung des Nebennierenextractes bei drohendem Chloroformtode».

Die experimentellen Untersuchungen an Hunden wurden in der Weise angestellt, dass Verfasser dieselben so tief chloroformirte, dass Herz- und Athmungsstillstand eintrat, alsdann (nach 30 Secunden) injicirte er in die frei präparirte Vena jugularis das Nebennierenextract (1%) in Dosen von 1,0—2,0 und beobachtete die Wirkung desselben auf die Herzthätigkeit und den Blutdruck. Auf Grund seiner Experimente schliesst Verfasser:

1) Das in's Blut gebrachte Nebennierenextract wirkt belebend auf sterbende oder auf durch tiefe Chloroformnarkose zum Absterben gebrachte Thiere (Hunde).

2) Im Vergleich zu den Belebungsmethoden von Laborde, Schüller und König-Maass erweist sich die intravenöse Injection des Nebennierenextracts am energischsten wirksam.

3) Da schon geringe Dosen (1,0—2,0) und eine schwache Concentration (1%) des Extracts genügen, um einen bedeutenden Einfluss auf die Athmung, den Blutdruck und auf die Herzthätigkeit auszuüben, muss man das Nebennierenextract, als ein nicht ungefährliches Mittel, nur in geringen Dosen anwenden.

4) Man soll vor jeder Chloroformnarkose frisch zubereitetes, durch Auskochen sterilisirtes Nebennierenextract sich anschaffen, um bei drohender Gefahr für den Patienten, sofort die Injection ausführen zu können.

5) Die besten Resultate bei drohendem Chloroformtode sind von einer combinirten Methode zu erwarten, — intravenöse Injection des Extracts mit gleichzeitiger Massage der Herzgegend und subcutaner Kochsalzlösunginfusion.

W. Poljakow: «Zur Behandlung der serösen pleuritischen Exsudate mit salicylsaurem Natron».

Im Gegensatz zu Neumann hält Verfasser an der Wirksamkeit der Salicylbehandlung bei allen Formen der serösen Pleuritis fest. Nach seinen Erfahrungen soll man selbst in Fällen von seröser tuberkulöser Pleuritis Natron salicylicum verabreichen. Er verordnet das Salz in Oblaten und lässt dabei alkalische Mineralwässer trinken; bei eintretender Herzschwäche wird Coffein zugesetzt. Von Zeit zu Zeit soll man die Salicylbehandlung für einige Tage unterbrechen.

Abelmann.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psicholog. Nr. 5—6, April—Juni 1897.

Borischpolsski: «Uebersicht über die Arbeiten betreffend die Frage von dem Zustande des cerebralen Blutumlaufes im Verlaufe der epileptischen Anfälle». (Nr. 5 u. 6.)

Aus der Zusammenstellung der gesammten Litteratur über diese Frage ergiebt sich die totale Unaufgeklärtheit derselben.

Lasursski: «Der gegenwärtige Stand der Individualpsychologie». (Nr. 5 und 6.)

Referirend kritische Uebersicht über die Arbeiten seit Charcot, welche auf Intellect, Temperament, Character Bezug haben.

Bechterew: «Ueber die Bedeutung der Herzmittel in der Behandlung der Epilepsie». (Nr. 6.)

Die bereits 1893 von B. empfohlene Combination der Bromide mit Herzmitteln in solchen Fällen von Epilepsie, wo erstere allein keinen genügenden Erfolg aufweisen, kann er jetzt auf Grund weiterer an grossem Krankenmaterial gewonnener Erfahrungen als durchaus bewährt hinstellen. Vor allen Dingen ist hervorzuheben, dass B. mit dieser Methode dauernde Heilungen erzielt haben will. Zur Illustration wird eine Krankengeschichte angeführt. Der betreffende Patient hat 3 Jahre lang folgende Mixtur genommen: Infus. Adonis vernalis ʒii : ℥ VI, Kalii bromati ʒiii, 6 Essl. tägl. Seit dem November 1896 erhält Patient nur Brom (in welcher Dosis?). (Ref. erscheint es unberechtigt, unter sothanen Umständen von einer dauernden Heilung zu sprechen). Das Gemisch wird gut vertragen, selbst bei langem Gebrauche; selten tritt Neigung zu Durchfällen auf, welche sich durch Zusatz von Codein leicht bekämpfen lässt. Das Codein nimmt B. ohnehin gerne hinzu, um die Reizbarkeit und die gedrückte Stimmung der Patienten günstig zu beeinflussen. In den seltenen Fällen, wo Adonis vernalis vom Magen auch in der Verbindung mit Codein nicht vertragen wird, oder wo die Anfälle nicht vollständig beseitigt werden, verwendet B. folgende Mixtur: Infus. Digitalis gr. VIII—XII ad col. ℥ VI, NaBr, KBr āā ʒiß—ii, Codeini gr. ii—iii, 4—8 Essl. pro die. Auch diese kann viele Monate hindurch gegeben werden, ohne dass Cumulationswirkung eintritt.

Wahrscheinlich wirken auch die übrigen Herzmittel günstig auf die Epilepsie ein, doch hat B. keine genügende Erfahrung über sie. Die Ti. Convallariae maj. ist ziemlich wirkungslos in dieser Hinsicht. Die günstige Wirkung der Herzmittel auf die Epilepsie glaubt B. auf folgende Factoren zurückführen zu müssen: 1) Die Regulirung der Herzthätigkeit, welche meistens äusserst gesteigert ist. 2) Die diuretische Wirkung der Mittel, welche besonders in solchen Fällen von Epilepsie wirksam würde, wo es sich um Toxinwirkung handelt. 3) Ihre vasoconstrictorische Wirkung, zumal es sicher nachgewiesen erscheint, dass den epileptischen Anfällen eine active Hyperämie des Gehirns zu Grunde liegt mit Erweiterung der Gehirngefässe. — Seine combinirte Mixtur hat B. oft auch mit grossem Erfolge bei Fällen von Neurasthenie, bei allgemeinen functionellen Störungen besonders mit nervösem Herzklopfen, angewandt.

Holzinger: «Nervenkrankheiten in Abessinien». (Nr. 6.)

Unter den 207 Fällen waren vertreten Epilepsie 27, periphere Lähmungen 18, Paraparesis spastica 15, Neuritis 13, Hemiplegia 9, Tabes dorsalis 6, impotentia coeundi, laesio cerebri organica, Myelitis transversa je 3, Polyomyelitis ant. und Atrophia muscul. progress. je 2, Sklerosis lateralis amyotrophica, Sklerosis multiplex, Meningomyelitis syphil., Paralysis agitans, Myxoedema, Morbus Menière je 1 Mal. — Die Epileptiker werden als vom bösen Geiste besessen angesehen, doch wird immerhin sogar eine arzneiliche Behandlung derselben vorgenommen mittels eines den einheimischen Quacksalbern (Chakim) bekannten Krautes. Die peripheren Lähmungen sind meist traumatischen Ursprunges. Die Paraparesis spastica entsteht in Folge Genusses einer einheimischen Erbse (Gurja) und ist höchst wahrscheinlich identisch mit dem Lathyrismus. Die Zahl von nur 6 Tabesfällen erscheint auffallend klein im Vergleich zur ausserordentlichen Verbreitung der Lues im ganzen Lande. Diese Erscheinung steht mit dem völligen Fehlen der progressiven Paralyse in gutem Einklange. Die Lues spielt daher in der Aetiologie dieser beiden Krankheiten wenn auch die erste, so doch nicht die ausschliessliche Rolle; es combiniren sich mit ihr die Schädlichkeiten der höheren Cultur. Neurasthenie bekam H. selbstredend gar nicht zu Gesicht. Die Eingeborenen betrachten die Europäer als Kranke d. h. Neurastheniker; unsere Reizbarkeit und Hast ist ihnen absolut unverständlich, sie vergleichen uns mit Leuten, welche sich anschicken, schon am nächsten Tage zu sterben. Den Ursprung aller Nerven- und überhaupt innerer Krankheiten führen sie auf Gottes Willen zurück. Der Begriff «Erkältung» hat nicht einmal in ihrer Sprache einen entsprechenden Ausdruck. Die Behandlung der Krankheiten ist eine äusserst primitive. Die einzigen von den Chakim praktisirten Eingriffe sind die Cauterisation und der Aderlass. Jene wird mittels Glüheisen oder erhitzter Thonkrüge vollzogen, oft in grossem Umfange. Mechanische Vorrichtungen sind noch sehr unvollkommen, beschränken sich eigentlich nur auf den Stock. Krücken sind noch unbekannt.

Raichlin: «Ueber Aphasie und ihre verschiedenen Formen: psychologische Physiologie der Sprache nach Déjerine und Ch. Mirallié». (Nr. 6.)

Klinisch werden folgende Aphasieformen unterschieden:

I. Motorische Aphasie.
  a) Wahre motorische Aphasie Broca.
  b) Reine oder subcorticale Aphasie.
II. Sensorische Aphasie.
  a) Wahre sensorische Aphasie.
  b) Reine sensorische Aphasie.
  1) Worttaubheit.
  2) Wortblindheit.
III. Zusammengesetzte, totale Aphasie.

Die Prognose der sensorischen Aphasien ist schlechter, als die der motorischen. Fälle von Heilung bei reinen Aphasieformen sind unbekannt. Die transcorticalen Aphasien werden, als klinisch nicht nachgewiesen, nicht anerkannt. Nach Déjerine's Lehre sind alle drei Grundcentra der Sprache eng mit einander verbunden und haben nicht jenen autonomen Charakter, welchen ihnen die Charcot'sche Schule zuerkennt. Die Läsion eines dieser Centra zieht Störungen von Seiten der anderen Centra nach sich, oder mit anderen Worten, alle drei Centra bilden ein zusammengesetztes Ganzes, das für die Bildung und Erhaltung der inneren Sprache nothwendig ist. Das wichtigste Centrum ist dasjenige der Gehörsvorstellungen das zweitwichtigste dasjenige der Bewegungsvorstellungen für die Articulation, das dritte in der Reihenfolge der Dignität dasjenige der Gesichtsvorstellungen für das Lesen und Schreiben. Wenn eine Läsion der Centra selbst in jedem Falle eine Störung des Wortbegriffs oder der inneren Sprache nach sich zieht, so ist es begreiflich, dass bei den reinen Aphasieformen, wo die Centra selbst nicht lädirt sind, sondern nur die tiefer liegenden entsprechenden Projectionsfasern, die innere Sprache erhalten bleibt und die Symptomatologie der Krankheit viel begrenzter und differenzirter ist.

Larionow: «Ueber die Rindencentren des Gehörs bei Hunden». (Nr. 6.)

Durch Versuche an 9 Hunden wollte L. einerseits Munks Untersuchungen controliren, andrerseits mittels partieller Entfernung der Centren einer Seite deren Verhältniss sowohl zu Geräuschen, wie hauptsächlich zu einer nicht vollen dreioctavigen Reihe von Stimmgabeltönen bestimmen. Seine Resultate fasst er zusammen, wie folgt:

1) Die Meinung Munk's über das einseitige gekreuzte Centrum für jedes Ohr ist nicht ganz richtig, da jedes Ohr mit den Rindencentren beider Seiten verbunden ist. Nach einer partiellen Zerstörung eines Rindengehörcentrums kann der Hund die Contractionsreaction auf Stimmgabeltöne vom lädirten Ohre her mit dem contralateralen gesunden Ohre geben und wird erst lange Zeit hernach auch auf dem gesunden Ohre taub.

2) 2—3 Tage, bisweilen auch länger, nach der partiellen einseitigen Zerstörung der Rinde des Schläfegebietes, ist der Hund zeitweilig taub, wird unempfindlich für Stimmgabeltöne auf beiden Ohren. Nach dieser Zeit beginnt der Hund die Töne aller Stimmgabeln mit dem gesunden d. h. mit dem der Trepanation entsprechenden, nicht mit dem ihr gegenüberliegenden Ohre zu hören. Nach einigen weiteren Tagen fängt er an auch mit letzterem Ohre den grössten Theil der Töne zu hören; einige Töne fallen aus, und zwar entweder etliche nach der Gamme neben einander gelegene Töne, falls die Rindenzerstörung sich begrenzte auf einen Theil einer Windung, oder einzelne verschiedene Töne verschiedener Octaven, wenn die Läsion streifenförmig über den Gyrus angularis und die beiden Schläfewindungen angelegt wurde.

3) Als Gehörscentra für Töne müssen deshalb obige 3 Windungen angesehen werden.

4) Die Centra für hohe Töne befinden sich, wie es scheint, im Gyrus angularis, für Töne der mittleren Octave, mit dem in der Musik und im Gesange allgemeingebräuchlichen Tone a, in der ersten Schläfewindung, für die tiefe Octave in der zweiten Schläfewindung, d. h. die hohen Töne localisiren sich im vorderen, die tiefen im hinteren Theile der Gehörcentren.

5) Allem Anscheine nach giebt es eine Scala in den Gehörcentren, ebenso wie in der Schnecke.

6) Nach ½—1 Monat verliert der Hund allmählich das Gehör für alle Stimmgabeltöne und für die Sprachlaute, für letztere jedoch nicht vollständig, zuerst auf dem lädirten, dann auch auf dem gesunden Ohre. Er hört auf, Töne, Pfiffe, Rufe von mittlerer Stärke zu hören, wird apathisch und welk.

7) Bei zwei Hunden wurden Gehörstäuschungen bemerkt. Beim lauten Tönen von a und c spannten sie ihre Aufmerksamkeit zur entgegengesetzten Seite hin an, drehten sich zur Seite des gesunden Ohres, wenn der Ton von der Seite des lädirten Ohres her erschallte.

8) Bei Verlust des Gehörs für Töne geben Geräusche noch eine deutliche Reaction; reibt man z. B. mit einem Stocke auf dem Tische oder Sandpapierblätter aneinander oder schüttelt Steinchen in einer Dose, so contrahiren sich die Ohren des Hundes noch gut; nach Eintritt der Taubheit für Laute sucht er die Quelle des Geräusches mit den Augen.

9) Deutliche psychische Taubheit zu beobachten gelang L. noch nicht, obgleich gewissermassen Blödsinn hervortritt bei doppelseitiger völliger Abtragung der Gehörcentra: der Hund versteht, wie es scheint, nichts, reagirt weder auf Töne, hält den Kopf gesenkt, läuft gleichsam instinctiv ungestüm in verschiedenen Richtungen, stösst mit dem Maule an die Diele bei der Wand, bei Schränken u. a.

10) Bei Reizung der Rinde mit dem faradischen Strome erhält man Bewegungen des gleichseitigen und des entgegengesetzten Ohres sowohl vom Gyrus angularis aus, als auch von den beiden Schläfewindungen, was den Versuchen Munk's widerspricht, welcher nur vom Gyrus angularis aus Contractionen des Ohres erhielt. Der Gyrus angularis stellt ebenfalls einen Theil der Gehörsphäre dar, und zwar, wie oben gesagt, für die Localisation hoher Töne, nicht nur ein sensibles und motorisches Gebiet des Ohres, wie Munk es feststellte.

Michelson.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. November, December Nr. XI, XII 1896. Januar—März Nr. I—III, 1897.

Ulesko-Stroganowa: «Ueber Bildung des intervillösen Raumes». (XI).

Die Ergebnisse sehr sorgfältiger mikroskopischer Untersuchungen, welche Verf. an einem Ei aus einer sehr frühen Schwangerschaftsperiode angestellt hat, sind folgende. 1) Schon am Ende der 2. oder im Anfang der 3. Woche beginnt eine Trennung der Schleimhaut der schwangeren Gebärmutter in 2 Schichten — eine Drüsen- und eine compakte Schicht. 2) In noch früheren Perioden der Schwangerschaft lassen sich 2 Arten von Deciduagewebe unterscheiden; gut ausgebildetes und jugendliches Deciduagewebe, welches dem embryonalen Bindegewebe sehr ähnlich ist. 3) In einigen Gefässen der compakten Deciduaschicht findet man Elemente welche Leukocyten ähnlich sind. 4) Von dem Syncytium isoliren sich nicht selten einkernige Elemente. 5) Uebergangsformen zwischen Syncytium und den zelligen Elementen der Langhans'schen Schicht lassen sich nachweisen. 6) Die Elemente der Zottenhüllen besitzen die Fähigkeit sich in der mütterlichen Decidua einzunisten und die endothelialen Wandungen der mütterlichen Gefässe zu arrodiren. 7) In frischen Schwangerschaftsstadien ist die Ruptur der Gefässwandungen von Blutaustritten begleitet; dasselbe verbreitet sich längs den Kanälen des Syncytium und zwischen den Elementen der Langhans'schen Schicht. 8) Die intervillösen Räume entstehen demnach in Folge der Kanalisation des Syncytium und des Zerfalls des Syncytium und der Zellschicht. 9) Vermittelst dieser Elemente kommt es ferner zu einem Confluiren der benachbarten Gefässe und einer damit verbundenen Erweiterung des intervillösen Raumes. 10) Späterhin ist die zerstörende Wirkung genannter Elemente weniger bedeutungsvoll. Nach Durchbrechung der Gefässwand werden die Zellen als unnöthige Gebilde vom Blutstrom mit fortgerissen. Möglich ist es, dass bei herabgesetzter Ernährung und Alteration des Kreislaufes diese Elemente die Ursache bösartiger Neubildungen werden können.

S. A. Lipinski: «Ein conservativer Kaiserschnitt bei relativen Indicationen mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.» (XI).

20-jährige 134 C. hohe Primipara. Plattes rhachitisches Becken. Spin. 22, Crist. 24, Troch. 28, C. ext. 17, C. diag. 8½, C. vera. 6½. Placentarsitz an der hinteren Uteruswand. Schluss der Uteruswunde durch eine Naht in 3 Etagen, dessgleichen auch die Bauchwunde: prima intentio letzterer.

A. K. Masurkewitsch: «Ein Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind bei relativen Indicationen». (XI).

29-jährige V para. 1) Geburt: Nabelschnurvorfall, todtes Kind mit Impressionen am Schädel. 2) Abort im 3. Monat. 3) Geburt: Perforation. 4) Geburt: Zange mit nachfolgender Perforation. Pat. ist 148 C. hoch. Becken: Spin. 24, Crist. 26, Troch. 29, C. ext. 17, C. diag. 10. Gerader Durchmesser des Beckenausganges 10 C. Da Pat. durchaus ein lebendes Kind wünschte wurde von Prof. Ott der Kaiserschnitt ausgeführt. Glatter Verlauf nach der Operation. Mutter und Kind wurden gesund aus der Anstalt entlassen.

D. Abuladse: «Medicinischer Bericht der geburtshilflichen Abtheilung des Geb.-gyn- Klinik der Universität des Hlg. Wladimir pro. 1893—1894. (Kiew)». (XI).

A. P. Wosnesenski: «Medicinischer Bericht der geburtshilflichen Klinik Prof. N. N. Fenomenow an der Kaiserlichen Universität in Kasan pro 1887—1893». (XXI).

A. P. Gubarew: «Ueber Operationen bei Dislocation und Retroversio-flexio der Gebärmutter». (XII).

Verf. bespricht verschiedene von ihm ersonnene Operationsversuche, welche alle den Zweck haben den Beckenboden durch tiefe, durch Levator ani und Fascie gelegte Nähte zu festigen. Zu bedauern ist nur, dass Verf. nicht über die mit seinen Methoden erzielten Resultate und die Dauererfolge berichtet. Seine Anschauungen über operative Behandlung genannter Anomalien fasst Verf. in folgende Thesen zusammen: 1) Die operative Behandlung der Retroversio-flexio ist nur dann indicirt, wenn alle entzündlichen Erscheinungen beseitigt und die Beweglichkeit des Organes wieder hergestellt ist. 2) Die Alquié-Alexander'sche Operation erfüllt alle Indicationen bei den Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. 3) Diese Operation ist bei Prolapsen irrationell. 4) Sind zugleich Senkungen der Gebärmutter und Lageveränderungen vorhanden, so müssen erstere zuerst beseitigt werden. 5) Dessgleichen müssen alle Vergrösserungen des Uterus vor der Retroversio-flexio Operation ausgeschlossen sein. 6) Die Annähung der Gebärmutter an benachbarte Organe, hat als wiedernatürlich, keine rationelle Begründung.

F. Weber: «Ein Fall von Perivaginitis phlegmonosa dissecans». (XII).

Bei einer 38-jährigen Pat. welche unter typhösen Symptomen und hohem Fieber erkrankt war, trat am 8 Krankheitstage, nachdem schon einige Tage vorher übelriechender blutiger Ausfluss bestanden hatte, eine sehr starke Blutung auf. Bei der Untersuchung wurde eine in der Scheide freiliegende gangränöse Gewebspartie entfernt, welche bei genauerer Betrachtung sich als nekrotisirte Vaginalwand und portio vaginalis erwies. Dieselbe stellte eine vollständige Röhre mit vorderer 9,5 C. langer und hinterer 12 C. langer Wand dar. Die Dicke war sehr verschieden, stellenweise war die Wand sehr dünn, stellenweise betrug sie ½ bis 1 C. Bei der mikroscopischen Untersuchung konnten alle Elemente des vaginalen Gewebes nachgewiesen werden. Eine genauere Differenzirung der verschiedenen Schichten bereitete einige Schwierigkeiten in Folge geringen Tinctionsvermögens der Gewebe.

Gleich nach der Entfernung des necrotisirten Stückes verlor sich der Status typhosus vollständig. Unter fortwährender Tamponade bedeckte sich die Wundfläche mit guten Granulationen und schon 3 Wochen nach Abstossung der necrotischen Gewebspartie war die Vagina vollständig mit Epithel ausgekleidet und stellte einen engen Kanal vor, welcher für 2 Fingerphalangen zugänglich war. Aus den epikritischen Betrachtungen, welche Verf. der Beschreibung seines Falles folgen lässt, ergiebt sich, dass Verf. in der Literatur nur 12 analoge Fälle gefunden hat, von welchen 4 letal verliefen.

S. B. Bjchowski: «Ein Fall von Uterus didelphus und vagina septa».

Krankengeschichte eines Falles in welchem genannte Anomalie bei einer 24-jährigen Bäuerin welche schon 1 mal geboren hatte, zur Beobachtung gelangte.

Dobbert.

Дозв. ценз. Спб. 18 Октября 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 11 u. 12. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1897.**

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 29–36.

A. Mokejew: «Ein Fall von Thrombose der Blutleiter der harten Hirnhaut mit Ausgang in Genesung». (Nr. 29).

Die 19-jährige Patientin wurde mit Abdominaltyphus mittlerer Intensität ins Hospital aufgenommen und erkrankte in der dritten Woche an katarrhalischer Otitis media beiderseits. In der vierten Krankheitswoche wurde die Temperatur normal, als plötzlich ein Anfall von klonischen und tonischen Krämpfen mit Bewusstseinsverlust auftrat mit nachfolgenden starken Kopfschmerzen und Benommenheit. Der Puls war retardirt, die Temperatur normal. Am folgenden Tage stellten sich Stauungserscheinungen der Schädel- und Gesichtsvenen mit Oedem der Stirnhaut und der Augenlider ein. Später wurden noch venöse Stauungserscheinungen des Augenhintergrundes gefunden, so dass die Diagnose der Venenthrombose wohl begründet war und zwar speciell des Sinus longitudinalis superior und beider Sinus cavernosi. Unter Jodkaligebrauch besserte sich allmählich das Allgemeinbefinden und gingen die Stauungserscheinungen zurück.

G. Swijasheninow: «Beobachtungen über Herniotomien». (Nr. 30).

Autor führt 5 Fälle von ihm ausgeführter Herniotomien an, unter denen es sich bei 4 um eingeklemmte, in einem um einen nicht reponiblen Bruch handelte. Im letzteren Fall, sowie in einem der ersten bildete das Coecum den Inhalt des Leistenbruchs. Bei einer Patientin war eine doppelte Nabelhernie vorhanden: in der einen fand sich Darm und Netz, in der anderen allein Netz. In den beiden übrigen Fällen handelte es sich um eingeklemmte Leistenbrüche mit bereits stark veränderten Darmschlingen, die trotz Verdachts auf Brand nicht resecirt, sondern extraperitoneal in der Wunde fixirt wurden und sich in der That lebensfähig erwiesen, so dass sie in einem Fall 3 Tage, im anderen 14 Stunden nach der Operation reponirt werden konnten. Sämmtliche Patienten genasen.

G. Kulesch: «Ueber tuberkulöse Herzthromben». (Nr. 31, 32).

Bei einer 65-jährigen Kranken, die an Miliartuberkulose gestorben war, wurde bei Eröffnung des Herzens eine Geschwulst von der Grösse einer Mandarine im rechten Herzohr und Vorhof bis zur Mündung der Vena cava superior reichend gefunden. Dieselbe war grauweiss, höckrig, hart, auf dem Durchschnitt gelblich gesprenkelt. Ebensolche Geschwulst von Mandelgrösse sass der unteren Wand des linken Vorhofs auf. Endocard und Klappen waren unverändert, Aorta und die grösseren Arterien sklerotisch. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, dass diese scheinbaren Geschwülste aus faserigem Bindegewebe bestanden, in dem zahlreiche, meist verkäste Tuberkelknoten eingesprengt waren, die Bacillen enthielten. Es handelte sich also offenbar um organisirte Thromben, die tuberkulös inficirt worden waren.

W. Sobolewski: «Die Bedeutung und die Resultate der conservativen Behandlung der Nervenstörungen bei Spondylitis tuberculosa». (Nr. 30–35).

Nach Eingehen auf die Literatur theilt Verfasser die kurzen Krankengeschichten von 21 im Obuchowhospital behandelten Spondylitikern mit. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 8 und 43 Jahren, es starben 10, darunter mehr ältere Patienten, doch wurde der Verlauf natürlich auch durch die Localisation des Leidens und die Rückenmarkerscheinungen beeinflusst. Die Behandlung bestand in Extension auf der schiefen Ebene, in Lagerung auf dem Rauchfuss'schen Bett, zum Theil auch in Extension in der Sayre'schen Schwebe und wurde beendet mit Anlegen eines Korsetts. In 4 Fällen wurde nur Ruhiglagerung auf der Wassermatratze angewendet (2 davon genasen, 2 starben), in anderen Fällen, wo heftige Schmerzen bestanden, kam zuerst die Wassermatratze zur Geltung und darauf die anderen Methoden. Ueberhaupt wurde bei der Behandlung individualisirt. Daneben kamen Massage, passive Gymnastik, Elektricität, sogar der Paquelin in Betracht. Bei der Mehrzahl der Gestorbenen war Tuberkulose anderer Organe nachweisbar. Von den 11 Genesenen waren 4 «bedeutend gebessert», 1 «unbedeutend gebessert», 6 «geheilt». Solche Kranken gehören natürlich nicht in ein überfülltes Hospital, wie Verfasser zum Schluss richtig bemerkt, sondern in ein zweckmässig eingerichtetes Sanatorium, wie solche bereits in anderen Ländern mit Erfolg funktioniren.

B. Cholzow: «Zur Casuistik der Leberabscesse». (Nr. 32, 33).

Mittheilung zweier Fälle. Die eine Patientin hatte eine Pneumonie des linken unteren Lappens durchgemacht, bei deren Resolution intermittirendes Fieber mit Schüttelfrost auftrat. In der rechten Seite zwischen linea axillaris media und mamillaris wurde eine kuppelförmige Verbreiterung der oberen Lebergrenze gefunden, ohne Verlagerung des unteren Leberrandes und ohne Schmerzhaftigkeit der Leber. Eine im rechten VI. Intercostalraum ausgeführte Probepunction ergab dicken Eiter und bei der darauf folgenden Resection der VI. Rippe mit Eröffnung der unveränderten Rippenpleura zeigte sich die Pleurahöhle frei, dagegen das Diaphragma nach oben vorgewölbt. Es wurde nun die Rippenpleura an das Diaphragma angenäht und letzteres extrapleural eröffnet. Doch auch hier zeigte sich kein Eiter und erst ein in die Lebersubstanz geführter Schnitt ergab rahmigen Eiter, der sich aus einer etwa 2 Faustgrossen Höhle entleerte und Streptococcen enthielt. Das Fieber hielt noch einige Zeit nach der Operation intermittirenden Charakter ein, um dann zu schwinden. Die Tampons wurden am 19. Tage aus der Wunde entfernt. Die Wunde schloss sich allmählich und zur Zeit des Vortrags war nur eine kleine Fistel nachgeblieben. Die Aetiologie blieb unklar: Icterus oder Gallensteinkolik waren niemals vorausgegegangen, der Eiter enthielt keine Galle, ob aber die Pneumonie (Influenza?) als Ursache zu bezeichnen war, konnte nicht eruirt werden. — Der zweite Fall betraf einen 24-jährigen heruntergekommenen Patienten, der mit starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber, aufgetriebenem Leib und erhöhter Temperatur aufgenommen wurde. Die Probepunction im IX. Intercostalraum rechts ergab Eiter. Es wurde daher sofort die Resection der IX. Rippe angeschlossen und durch die verwachsene Pleura und das Diaphragma ein in der Leber liegender etwa 2 faustgrosser Abscess eröffnet und drainirt. 4 Tage später starb der Kranke. Bei der Section fand man neben dem eröffneten Abscess einen noch grösseren danebenliegenden und eine Anzahl kleinerer, ausserdem seröseitrige Peritonitis. Als Ursache der Bildung der Leberabscesse nimmt Autor eine vorausgegangene Influenza an.

E. Hartge: «Zur Aetiologie der sogenannten kryptogenetischen Septicopyämie». (Nr. 33–36).

Eine 48-jährige Patientin war vor 3 Wochen an Fieber und Gliederschmerzen erkrankt. Die Untersuchung im Hospital ergab Vergrösserung der Leber und Milz, erhöhte Temperatur, Spuren von Albumen im Urin, sonst nichts besonderes. Das Fieber war intermittirend und von Schüttelfrösten begleitet, so dass Malaria trotz negativen Blutbefundes angenommen und Chinin verordnet wurde, allerdings ohne Erfolg. Bei einer späteren Untersuchung konnte noch eine localisirte schmerzhafte Stelle am oberen Drittel des rechten Femur constatirt werden. Die Kräfte der Patientin nahmen schnell ab und 11 Tage nach der Aufnahme starb sie. Die Autopsie förderte nun folgende interessante Befunde zu Tage: die linke Rachenmandel war vergrössert, vorgewölbt, von Abscessen durchsetzt, die theilweise necrotische Fetzen enthielten, die rechte Mandel gleichfalls vergrössert, elastisch gespannt, enthielt dicken Eiter. Auf der Haut und der Schleimhaut des Magens und der Harnblase multiple Hämorrhagien. Ulceröse Endocarditis der Mitralis und fettige Degeneration des Herzmuskels. Acuter Milztumor mit Infarct, acute parenchymatöse Nephritis. Bei der bacteriologischen Untersuchung konnte von den endocarditischen Wucherungen, aus der Milz, den Mandeln und dem Blut Streptococcen gewonnen werden. Die Knochen, speciell das rechte Femur, scheinen nicht genauer untersucht worden zu sein. Nach Ansicht des Verf. ging die Infection von den Mandeln aus. Es wäre daher wohl möglich, dass bei genauerer klinischen Untersuchung das Gebiet der sogenannten kryptogenetischen Septicopyämie eingeschränkt wird.

Prof. N. Petrow: «Ueber biliöse Pneumonie». (Nr. 34).

Autor untersuchte in 13 Fällen, die zur Section kamen, die Organe mikroscopisch und bacteriologisch und kam zu folgenden Resultaten. Der Icterus hängt weder von der Localisation des pneumonischen Herdes im rechten unteren Lungenlappen ab, noch von der Aufsaugung des pneumonischen Exsudates, noch von hämolytischen Eigenschaften der Diplococcen. Er wird durch Veränderungen in den Gallenwegen hervorgebracht und steht im Zusammenhang theils mit Katarrh des Duodenum oder der Gallenblase und der Gallengänge, theils mit hypertrophischer Lebercirrhose und ist dann nur eine zufällige Complication der Pneumonie. In allen Fällen wurden in der Lunge lanzettenförmige Diplococcen gefunden, die gleichfalls in den Blutgefässen der Leber vorhanden waren.

B. Cholzow: «Ueber die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunction». (Nr. 35. 36).

In «ungefähr 20 Fällen» des männlichen Obuchowhospital wurde die Lumbalpunction ausgeführt, theils zu diagnostischen, theils zu therapeutischen Zwecken. Unter 5 Fällen von tuberculöser Meningitis gelang es einmal Tuberkelbacillen im Punctat nachzuweisen. Unter 7 Fällen von eitriger Meningitis wurden 1 Mal Pneumococcen, 1 Mal Staphylococcen, 1 Mal Streptococcen gefunden, 1 Mal kein Punctat gewonnen. In einem Fall von chronischer seröser Meningitis war Staphylococcus albus vorhanden. Unter 2 Typhusfällen wurden in einem 40 ccm. seröser bacterienfreier Flüssigkeit, in anderen keine Flüssigkeit gewonnen. Therapeutische Erfolge waren eigentlich gar nicht zu verzeichnen: alle tuberkulösen und eitrigen Meningitiden gingen zu Grunde, nur in einem Fall von acuter seröser Meningitis, in dem bei der Punction seröse, bacterienfreie Flüssigkeit abfloss, erfolgte Heilung, die wohl kaum auf die Punction zurückgeführt werden dürfte. Ueble Zufälle wurden nicht beobachtet.

Weyert.

Westnik obstschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 5—9 Incl. 1897.

A. Semenow: «Die Leprösen im Lenkoran'schen Kreise, Gouv. Baku». (Nr. 4 u. 5).

Im Ganzen wurden vom Verf. 19 Lepröse vorgefunden, deren Krankengeschichten genau mitgetheilt werden.

M. Uwarow: «Zur Frage über den Einfluss der mangelhaften Volksernährung auf die Entwickelung von Epidemien». (Nr. 5).

Auf Grund des gesammelten statistischen Materials kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Seit 1887 waren die Jahre 1891 und 1892 in Russland die unfruchtbarsten. Die Zahl der Erkrankungen an Dysenterie, den verschiedenen Typhusarten, besonders aber an Flecktyphus zeigt in diesen Missjahren eine hohe Steigerung, um in den darauf folgenden fruchtbaren Jahren wieder zu sinken. Weniger ausgesprochen war der Einfluss des Misswachses auf die Entwickelung der epidemischen Kinderkrankheiten und Influenza.

L. Mendelsohn: «Polüstrowo als Kurort». (Nr. 6).

Die Polüstrow'schen Mineralquellen liegen an der Newa in 1 Werst Entfernung von Petersburg. Die Analyse derselben ergab, dass sie zu den reinen Eisenquellen gehören und hauptsächlich doppeltkohlensaures Eisenoxydul enthalten; andere feste Substanzen sind in denselben so wenig enthalten, dass man auf eine Nebenwirkung derselben kaum rechnen kann. Organische Beimengungen, Ammoniak und Salpetersäure fehlen in den Polüstrow'schen Mineralwässern fast vollständig, ebenso sind sie fast vollkommen frei von Mikroorganismen. Die Quelle Nr. 22 enthält in 1 Liter Wasser 0,03261 g. kohlensaures und 0,05004 g. doppeltkohlensaures Eisenoxydul und gehört zu den starken Eisenquellen, während die in einem Liter Wasser 0,05 g. doppeltkohlensaures Eisenoxydul enthaltende Quelle Nr. 2 zu den schwachen zu zählen ist. Die Polüstrow'schen Mineralwässer sind von grosser hygienischer Bedeutung und können bei Anaemie, Chlorose und Rachitis, besonders im Kindesalter, sehr empfohlen werden.

M. Raschkowitz: «Die Pellagra in Bessarabien». (Nr. 7).

Die Pellagra trat in Bessarabien zuerst am Anfang dieses Jahrhunderts auf, etwa hundert Jahre nach der Einführung im Lande der Maiscultur; eine genaue Registration der Pellagrösen erfolgt aber erst seit dem Jahre 1888. Von diesem bis zum Jahre 1896 (incl.) sind 9735 Pellagra-Kranke eingetragen worden, was etwa 1 Patienten pro 1000 Einwohner beträgt. Etwa ²/₅ aller Pellagrösen sind im Hungerjahre 1893 verzeichnet worden. Die grösste Zahl der Erkrankungen fällt bald auf das Alter von 30—40, bald auf dasjenige von 40—50 Jahren. Die Krankheit tritt vorzugsweise in den Frühlings- (25,6 pCt.) und Sommermonaten (68,4 pCt. aller Fälle) auf, in den Herbst- und Wintermonaten kommen dagegen nur sehr wenige Erkrankungen vor. Frauen im Alter von 20—30 und 30—40 Jahren erkranken viel häufiger als Männer desselben Alters; letzteres lasse sich dadurch erklären, dass Männer dieses Alters für den Sommer, an dem die meisten Erkrankungen stattfinden, ihre Heimath verlassen, um anderwärts ihr Brot zu verdienen; ausserdem trinken die Männer gerade in diesem Alter viel mehr Wein, der einen gewissen Schutz gegen die Pellagra gewähren soll. Die von der Pellagra am meisten betroffenen Kreise Bessarabiens zeichnen sich durch die geringste Entwickelung in ihnen des Weinbaues aus. Die Krankheit dauert gewöhnlich 10—15 Jahre. Verf. unterscheidet 3 Stadien derselben: im I. St. treten vorzugsweise Veränderungen der äusseren Haut und Magendarmstörungen auf, das II. St. characterisirt sich durch schwere Affectionen des Nervensystems, organische Veränderungen des Rückenmarks und ausgesprochene Psychosen; unter dem Einfluss all dieser Krankheitserscheinungen bilden sich im III. St. schwere allgemeine Ernährungsstörungen aus.

P. Ilinsky: «Eine Milzbrandepidemie». (Nr. 9).

Verf. beobachtete dieselbe im Kreise Kineschma des Gouv. Kostroma. Im Laufe von 2 Monaten sind 63 Personen erkrankt, die alle an den Filzschuhefabriken mit dem Zupfen der Wolle beschäftigt waren. Bei den meisten trat die Krankheit in Form des Karbunkels auf und nur bei 9 in Form des Anthraxoedems der oberen oder unteren Extremitäten.

N. Wersilow: «Die Sommerkurorte Finnlands». (Nr. 9).

A. Sacher.

Westnik Oftalmologii. Mai—Juni 1897.

R. Garnier: «Das Flügelfell und seine operative Behandlung».

Enthält im Wesentlichen Bekanntes. G. empfiehlt stumpfe Ablösung des mit der Pincette gefassten cornealen Theiles des Pterygiums. Er erklärt das Pterygium für eine Wucherung und Ausbreitung der Pinguecula.

M. B. Kohan: «Zur Operation des Entropiums».

Seine Operationsmethode wurde bereits (März—April) referirt. Hier skizzirt er nochmals die einzelnen Operationsmomente, hebt die angeblichen Vortheile seiner Operation hervor und vergleicht seine Operation mit derjenigen anderer Autoren.

R. Katz: «Lässt sich der Schatten auf der sich drehenden Scheibe genügend durch die Breite des Sectors (farbigen) bestimmen?».

Ch. Henry (Comp. rend. de l'académie des sciences 96) hatte behauptet, dass der graue Schatten, welcher entsteht, wenn sich eine Scheibe dreht, auf welcher weisse und schwarze Sectoren abwechseln, in seiner Intensität beeinflusst wird durch die Breite der Sectoren, wie durch die Schnelligkeit der Drehung. Katz will gefunden haben dass weder die Sectorenbreite, noch die Schnelligkeit von Einfluss sind. Solange die Drehung nur so schnell bleibt, dass man einen continuirlichen Eindruck erhält, bleibt der Schatten gleich, einerlei wie schnell gedreht wird.

W. Kraiski: «Ueber die Wirkung des Extractum cheledonii majoris bei Krebs der Lider und des Gesichtes.

Angewandt wurde eine 50% Mischung des Extractes in Glycerin. Die Lösung wird auf die kranken Stellen 2—3 mal am Tage aufgepinselt. Mit der Lösung getränkte Tampons dienen zum Verbande der kranken Stellen, schliesslich wird injicirt (bis zu 0,5) in die erkrankten Partien. Der gleichzeitig innerliche Gebrauch — wird von anderen Autoren empfohlen — fiel in den 4 mitgetheilten Fällen fort. Der Erfolg war in 2 Fällen ein überraschend guter und schneller: die erkrankten Partien demarkirten sich, wurden abgestossen und es kam zu glatter Vernarbung. In 2 Fällen liess sich die Sache ebenfalls gut an, jedoch entzogen sich die Patienten zu früh weiterer Beobachtung. Die Injectionen sind schmerzhaft, die Reaction stark, jedoch nicht Besorgniss erregend und schliesslich wurde es doch gut vertragen.

Kraiski räth dringend das Mittel weiter zu versuchen.

Belilowski: «Oftalmologische Beobachtungen».

I. Eine kleine Epidemie von 15 Fällen Gräfeschen Schwellungscatarrh's.
II. Catarrhalische Conjunctivitis bei Schneearbeitern.
III. Zwei Verletzungen durch Faustschlag. In einem Falle traf der Schlag ein an Staphyloma corn. totale bereits blindes Auge.

P. **Rasdwizki**. «Ein Fall von angeborenem beiderseitigem Fehlen der Regenbogenhaut».

Mann 37 Jahr alt. Auf beiden Augen vollständiges Fehlen der Regenbogenhaut. Die Linsen befinden sich in der vorderen Kammer unmittelbar der Hornhaut anliegend. Rechts besteht eine Cataracta polaris posterior sowie leichte Streifentrübung im Pupillargebiet vorne auf der Linse. Visus = Finger in 5 Meter. Mit + 6D = 0.2, mit + 9D wird Nr. 2 in 20 Ctm. gelesen. Augengrund normal. Das linke Auge zeigte beginnende allgemeine Trübung der Linse. Im Laufe von 4 Monaten bildete sich auf dem linken Auge eine Cataracta Morgagni heran. Der Staar wurde entfernt. Visus mit + 16D = 0,3. Mit + 20D wird Nr. 2 in 20—25 Ctm gelesen. Augengrund normal. Diaphragmen bessern das Sehvermögen auf beiden Augen nicht wesentlich.

M. **Koslowski**. «Bericht der Popow'schen Augenheilanstalt in Kiew für das Jahr 1896».

Ambulanz 2074 Patienten. Station 579. Cataractoperationen 222. Discisionen 37. Iridectomien 137. Lidoperationen wegen Trichiasis und Entropium 103. Enucleationen 23 etc. In Summa 666 Operationen.
Extraction mit Iridectomie ist die Regel.

A. F. **Schimanowski**, «Ueber die angeborenen Cysten des unteren Lides beim Microphthalmos».

Der genauen anatomisch-mikroscopischen Beschreibung sind 10 Zeichnungen beigefügt. Die zwei untersuchten Cysten gehörten einem 5-monatlichen Mädchen und einem 3-monatlichen Knaben an. Die Präparate wurden durch Operation gewonnen.

E. D. **Kastalski**. «Zur Aetiologie der Panophthalmitis».

Im ersten Fall war ein 9jähriger Knabe am Auge durch ein Eisenstück verletzt worden. Im flüssigen Eiter aus dem Auge wurden Massen von Bacillen gefunden wie dieselben in alten degenerirten Diphtheriekulturen gesehen und beschrieben worden sind. Die Bacillen lagen frei oder in den Eiterzellen. Kokken wurden nicht gefunden. Von den gewonnenen Reinkulturen dieser Bacillen wurde verschiedenen Versuchsthieren eingespritzt und eingeimpft — jedoch erkrankten die Thiere **nicht**. Dagegen gaben Impfungen der Augen (an Kaninchen), ein positives Resultat: sie wirkten pathogen und pyogen in der vorderen Kammer wie im Glaskörper.
Im zweiten Falle war bei einem 35-jährigen Manne ohne bewussten Grund das Auge plötzlich erkrankt. Der Eiter, welcher aus dem Glaskörperraume wie aus der vorderen Kammer gewonnen wurde, enthielt Bacillen, welche auf Agarplatten üppig wucherten und den Diphtherie-Bacillen sehr ähnlich sahen. Die Impfversuche gaben das gleiche Resultat wie im ersten Falle.
K. ist der Meinung, dass er es mit Bacillus pseudodiphtheriticus zu thun gehabt hat, einem häufigen Bewohner des normalen Bindehautsackes.

Th. **Germann**. «Ophthalmologische Beobachtungen in Syrien und Palaestina».

Deutsch in Hirschbergs Centralblatt Beilageheft 1896.

E. **Dikanskaja**. «Bericht über die Thätigkeit der fliegenden augenärztlichen Abtheilung im Transkaspischen Gebiete 1896.

Die turkmenische, überwiegend mohamedanische Bevölkerung jenes Gebietes soll sich zutraulich und vertrauend zur gebotenen Hilfe verhalten haben, dank dem Umstande, dass das ärztliche Personal — Frauen waren. Gearbeitet wurde in Merw, im Aul **Bakai** und **Jolatau**, sowie in **Aschabad**. Sowohl in Merw wie in Aschabad wurden Häuser und Filzzelte (Jurten, Kibitken) zur Aufnahme stationärer Kranken eingerichtet. In Merw konnten bis zu 56, in Aschabad bis zu 50 Kranke untergebracht werden. Ausser den Turkmenen kamen noch Tekinzen und Sarten zahlreich vor. Die Einrichtung, Verpflegung und Behandlung war möglichst primitiv und national und musste vielfach auf die Volkssitte Rücksicht genommen werden, zu alle dem noch die grosse Unsauberkeit jener Völkerstämme. Trotzdem gute Resultate, z. B. nur eine Vereiterung nach Extraction.
Die Erkrankungen der Lider und der Augenschleimhaut gaben 49,7% aller behandelten Fälle — darunter **Trachom** allein 27,6%. Hornhauterkrankungen 32,7%. Linse 4,8% Glaucoma 1,7% etc. etc. Auffallend früh kommt es in Folge des Trachoms zu Entropion und Trichiasis. Von 380 dagegen ausgeführten Operationen wurden 34 an Kindern (bis zu 10 Jahren) gemacht. Trachom, Glaucom und Pocken sind die häufigsten Ursachen unheilbarer Erblindung.
An 61 Empfangstagen wurden in Summa 2183 Kranke empfangen. 449 wurden stationär behandelt. Unheilbare Blinde waren 78. Operationen wurden in Summa 649 ausgeführt. Extractionen 52. Iridectomien 105. Ausquetschen von Trachomkörnern 264 etc.

W. P. **Iwanow**. «Bericht über die Augenerkrankungen im Ziwilskischen Kreise des Kasanschen Gouvernements».

Die Bevölkerung bilden die dem finnischen Stamme angehörenden **Tschüwaschen**. Der Bericht umfasst 6 Jahre: 1890—95. Die Augenkranken betrugen bis zu 16% der die Ambulanzen Aufsuchenden. Conjunctivalerkrankungen giebt es bis 80%. Trachom von 42—52%. Hornhauterkrankungen bis 16%. Linse 1½% etc. Hühnerblindheit kommt häufig vor, und im Jahre 93—94 fast stets combinirt mit xerosis der Bindehaut. Während der Hungerjahre gab es jedoch weniger Hühnerblinde als in den fetten Jahren. I. ist Anhänger der Theorie, welche die Hühnerblindheit mikroben Urspungs sein lässt. Extractionen 50 mit 2 Vereiterungen. Iridectomien 140.

A. J. **Litschew**. «Augenerkrankungen im Kosmodemjanskischen Kreise des Kasanschen Gouvernements».

Bevölkerung fast ausschliesslich **Tschuwaschen**. In 2 Jahren stellten sich 1713 Augenkranke unter 12,000 Patienten vor. Trachomkranke 447. Von 176 stationär Behandelten waren 102 Augenkranke. Augenoperationen 49. Extractionen 20 mit 2 Vereiterungen. Iredectomien 23.
Hühnerblindheit sehr häufig. G—n.

Medicinskoje Obosrenje 9—10.

A. **Kasem-Beck**: «2 Fälle von Stenose des rechten venösen Ostiums in Combination mit Erkrankung des linken venösen Ostium und der Aortenklappen». (Nr. 9).

N. **Kirikow**: «Ein Fall von hypertrophischer Lebercirrhose mit ungewöhnlichem Verlauf und allgemeiner Infection». (Nr. 9).

Nach den klinischen Symptomen — Hypertrophie der Leber, Icterus und Ascites — gehörte der Fall zu den sog. gemischten Cirrhosen im Sinne von **Dieulafoy** und **Guiter**. Demgemäss constatirte K. auf mikroskopischen Präparaten diffuse Bindegewebsentwickelung um die Gallencanäle und um die Gefässe, um einzelne kleinere Zellgruppen, um und zwischen den acini. Einige Tage vor dem Tode konnte Verf. eine Verkleinerung der hypertrophischen Leber nachweisen, und bei der Section erwies sich dieselbe nicht vergrössert.

W. **Serenin**: «Die Resection der Ferse nach der Methode von Landerer und Oswiecimski». (Nr. 9).

J. **Tesjakow**: «Die Anwendung des Diphtherieheilserums im Gouvernement Woronesh in den Jahren 1895 und 1896». (Nr. 9).

Das vom Verf. zusammengestellte Material ist sehr lehrreich und zeugt von dem grossen Effecte des Serums bei den starken Epidemien in den Dörfern. In den Jahren 1895—1896 wurden in den verschiedenen Districten des Gouvernements Woronesh 7187 Fälle von Diphtherie mit dem Heilserum behandelt. Die Mortalität schwankte zwischen 9,8% und 26.4%. Von den am ersten Tage der Erkrankung geimpften Kranken starben 6,5%, von am 2. Tage geimpften — 10,1%, noch grösser wird die Mortalität, wenn das Serum erst am 3. oder 4. Krankheitstage zur Anwendung kam. Der Effect des Serums hängt von der Schwere der Erkrankung ab: während die Mortalität bei kleinen, punktförmigen Belägen 4,2% betrifft, ist sie bei gangränösen Formen = 49,1%; bei Oedem des Halszellgewebes beträgt die Mortalität 25%—70%; bei Croup — 15%—66%. Ueber den Effect der prophylaktischen Injectionen (es wurden 659 Injectionen im Verlauf der 2 Jahre gemacht) haben sich die in den verschiedenen Bezirken des Gouvernements thätigen Aerzte sehr günstig ausgesprochen; von den 659 Fällen erkrankten nur 6; wesshalb Verf. die Anwendung des Heilserums zu prophylaktischen Zwecken sehr warm empfiehlt.

A. **Koshewnikow**: «Die asthenische Bulbärparalyse». (Nr. 10).

Verf. theilt die Krankengeschichte eines 20-jährigen Mädchens mit, das die classischen Symptome der asthenischen

Bulbärparalyse oder, wie Oppenheim die Krankheit bezeichnet, der Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, aufwies. Auf Grund eingehender Analyse des Falles, schliesst K. dass bei der asthenischen Bulbärparalyse die Schwäche und rasche Ermüdbarkeit sich nicht ausschliesslich auf die Muskeln oder den motorischen Apparat des Nervensystems beschränken, sondern auch zuweilen die sensorische Sphäre betreffen können. Was nun den motorischen Apparat anlangt, so können ausser der Schwäche und überaus leichten Ermüdung, auch tiefere Ernährungsstörungen im Sinne einer Atrophie sich einstellen, doch ist diese Atrophie nie progressiv. Die degenerative Muskelatrophie kann unter günstigen Bedingungen sogar ganz schwinden. Was die Behandlung der Krankheit anlangt, so ist vor Allem auf eine Hebung der Ernährung zu fahnden. Ist das Schlucken nicht leicht möglich, so ist eine vorsichtig ausgeführte Sondenfütterung indicirt. Dieselbe braucht aber nicht lange angewandt zu werden, da mit der Besserung der Ernährung, die Möglichkeit des Schluckens von Speisen sich wieder einstellt. In der ersten Zeit sollen die Kranken durchaus im Bett bleiben, später können mässige Bewegungen im Freien angerathen werden. Von medicamentösen Mitteln empfiehlt K. Leberthran, Eisen und Arsen. Von Nutzen ist ferner nach Verf. die Galvanisation der Wirbelsäule und des Kopfes neben Abreibung des Körpers mit kühlem Wasser (22°).

G. Wladimirow: «Eine Schlinge zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern». (Nr. 10).

Das kleine Instrument ist nach Angaben des Verf. bei Schwabe in Moskau angefertigt.

A. Lanz: «Ueber die Behandlung der Gonorrhoe nach der Methode von Janet». (Nr. 10).

Diese Methode, die bekanntlich in häufigen Auswaschungen der Harnröhre mit Lösungen von übermangansaurem Kali ohne Katheter beruht, stellt nach den Erfahrungen des Verf. ein Progress in der Gonorrhoe-Therapie dar. Die besten Resultate giebt die Methode, wenn man sie gleich zu Beginn der Erkrankung anwendet. Contraindication bedingen 1) schwere Entzündungserscheinungen, 2) Prostatitis und Periurethritis. Die Entzündung der Nebenhoden und der Samencanälchen contraindiciren nicht, die Anwendung des übermangansauren Kali, im Gegentheil unter dem Einflusse des letzteren schwinden sehr rasch die Entzündungserscheinungen.

N. Winogradow: «Ueber pathologo-anatomische Veränderungen des peripheren Nervensystems bei der convulsiven Form des Ergotismus». (Nr. 10).

Bis jetzt waren die anatomischen Untersuchungen der Autoren bei der in Rede stehenden Erkrankung auf das centrale Nervensystem beschränkt; Verf. hat sich desshalb zur Aufgabe gestellt die Veränderung der peripheren Nerven zu studiren (n. ischiadicus, radialis, ulnaris, brachialis, cruralis). Er fand, dass die Veränderungen hauptsächlich interstitiellen Charakters sind, Bindegewebsneubildung im Perineurium und Endoneurium, Verdickung und hyaline Degeneration der Gefässwände. Die interstitiellen Veränderungen führen zur einfachen Atrophie der Nervenfasern; an den unteren Extremitäten tritt gewöhnlich degenerative Atrophie mit vollständigem Zerfall der Myelinhülle ein. Ueberhaupt erleiden die Nerven der unteren Extremitäten eine stärkere Veränderung, als die der oberen: Verf. bezeichnet die Erkrankung des peripheren Nervensystems beim Ergotismus mit dem Namen «Neuritis interstitialis chronica multiplex».

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. November, December Nr. XI, XII 1896. Januar—März Nr. I—III, 1897.

N. P. Djakonenko: «Geburtshilfliche Notizen aus der Landpraxis im Jahre 1894». (XII).

Ausführliche Krankengeschichten mehrerer Fälle, welche recht drastisch darthun, mit welchen socialen Verhältnissen der Landarzt bei uns zu kämpfen hat. In geburtshilflicher Beziehung haben dieselben wenig Interesse.

P. J. Krol: «3 Fälle von Defectus vaginae et uterus rudimentarius». (XII).

Im Anschluss an die Krankengeschichten seiner Fälle referirt Verf. über 38 einschlägige Fälle aus der Klinik in Kiew. Von den 33 Pat. war 28 verheirathet, 10 ledig. Bei 17 Pat. bestand eine Dilatation der Urethra. In 8 Fällen konnte die Gebärmutter und die Eierstöcke klinisch nicht nachgewiesen werden. Das Leiden wurde behandelt 6 Mal mit Kolpokleisis, 1 mal wurde die Kastration ausgeführt, 1 mal eine männliche Urethra gebildet und 2 mal eine Urethroplastik ausgeführt.

A. P. Gubarew: «Ueber Wahl des Materials zu chirurgischen Nähten». (I).

G. empfiehlt Suturen aus Flachs- oder Hanffäden, welche mit Celloidin behandelt werden. Die Fäden werden in einer Sodalösung gekocht und darauf ausgespült. Zweimaliges Kochen in gewöhnlichem Wasser im Verlaufe von je 15 Minuten. Ausringen und Einlegen in Alcohol, Trocknen an der Luft. Einlegen auf 24 Stunden in eine 25—30% Celloidinlösung, welcher 1% Ol. ricini zugefügt wird. Der Faden wird dann auf einen Ramen aufgerollt und an der Luft getrocknet. Vor dem Gebrauch werden die Fäden in 1‰ Sublimatlösung gekocht. Das erste Mal 6—8 Stunden vor der Operation das zweite Mal unmittelbar vor derselben. Künstliches Silkwormgut wird aus solchen Fäden hergestellt, indem man dieselben horizontal aufspannt und sie solange mit der Celloidinlösung bestreicht und wieder austrocknen lässt, bis sie das Aussehen von Silkwormgut erhalten.

M. Mironow: «Zur Verteidigung der operativen Behandlung der Haematocelen». (I).

Verfasser referirt über 7 Fälle von Haematocelenbildung, von welchen 6 operativ, 1 expectativ behandelt wurden. Da das expectative Verfahren eine Sterblichkeit von 18—21% giebt, in 15—38% Vereiterung und nur in 63% Resorption erfolgt, hält Verfasser die operative Behandlung derartiger Fälle für weniger gefährlich und vortheilhafter, als die expectative. In allen Fällen, wo seit dem Bluterguss genügend viel Zeit verflossen ist und auf eine Inkapsulirung geschlossen werden kann, ist es am zweckmässigsten die Operation durch das hintere Scheidengewölbe auszuführen.

S. B. Bjchowski: «Ueber maligne Veränderungen der Uterusschleimhaut». (I).

Krankengeschichten. 2 Fälle von Carcinoma corporis uteri, bei welchen mit günstigem Ausgang die vaginale Hysterectomie ausgeführt wurden.

N. E. Kuschew: «Zur Casuistik der Incarcerationen der retroflectirten schwangeren Gebärmutter». (I).

Im Verlaufe einer langjährigen Landpraxis kam genanntes Leiden nur 4 mal zur Beobachtung. Ueber die Fälle wird kurz referirt. Die Aufrichtung gelang in allen Fällen ohne besondere Schwierigkeiten.

K. Ulesko-Stroganowa: «Ein Fall von Deciduoma malignum». (II).

Das Studium der Präparate eines einschlägigen Falles welcher mit günstigem Ausgang durch Totalexstirpation des Uterus behandelt worden war, veranlasst Verfasser folgende Thesen aufzustellen. 1) Die Neubildung, welche unter dem Namen Diciduoma malignum etc. beschrieben wird, besteht aus Elementen des Syncytium und der Langhans'schen Schicht und den aus diesen gebildeten einkernigen Riesenzellen, welche in der normalen Placenta nicht vorkommen. Das Verhalten dieser Zellen zu einander, zu den mütterlichen Gefässen und Geweben ist dasselbe, wie bei der normalen Placenta. 3) Die destruirenden Eigenschaften dieser Zellen tritt hier besonders deutlich zu Tage. 4) Die Entstehung der einkernigen Giganten aus dem Syncytium und den Elementen der Langhans'schen Schicht ist eine Bestätigung der Annahme des Verfassers über die Identität letzterer in genetischer Beziehung.

A. P. Pawlow: «Ueber die Wahl zwischen conservativem Kaiserschnitt und der Operation Porro's». (II).

Bericht über einen Fall von unregelmässig verengtem platten rhachitischen Becken mit doppeltem Promontorium, in welchem der conservative Kaiserschnitt mit günstigem

Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt wurde, an welchen Verfasser einige epikritische Bemerkungen anschliesst.

W. G. Bekmann: «Ulcus rotundum vaginae simplex». (II).

Bei einer 64 Jahre alten Frau konstatirte B. im hinteren Scheidengewölbe ein wenig nach rechts von der Mittellinie ein ca. 3 Kopekenstück grosses Geschwür, welches zum Theil auch noch auf die hintere Fläche der Vaginalportion überging. Das Ulcus von unregelmässiger rundlicher Gestalt wies einen rothen, mit geringen Mengen eines gelben Detritus bedeckten, Geschwürsgrund auf und sank nur wenig unter der Niveau der Vaginalschleimhaut herab. Unter Cocainanaesthesie wurde das Geschwür excidirt und die Wunde durch Nähte geschlossen. Die Heilung erfolgte per secundam. Das Geschwür zeigte unter dem Mikroscop ein Gewebe, welches sehr reich an kleinen runden Zellen mit gut den Farbstoff aufnehmenden grossen Kernen war. Zwischen diesen Zellen liess sich ein zartes fibrillares Gewebe nachweisen. Gefässe waren verhältnissmässig wenig vorhanden. Die Gefässe in der Tiefe der excidirten Vaginalwand boten das Bild einer Endarteriitis dar. Die Intima der Gefässe war in Folge bedeutender Bindegewebsentwickelung um das 3—5-fache verdickt. Das Lumen der Gefässe bedeutend verengt.
In der Literatur sind nur 8 analoge Fälle bekannt; in der russischen kein einziger. Verfasser schliesst sich der Ansicht an, dass das Ulcus durch mangelhafte Ernährung in Folge von Gefässveränderung hervorgerufen wird.

N. J. Ratshinski: «Ueber Pseudo-myxoma peritonei». (II).

Nach kurzer historischer Einleitung referirt Verfasser über 2 Fälle, welche beide von Prof. Ott operirt wurden. Im ersten Falle handelte es sich um ein Cystoma folliculare colloides ovarii utriusque cum rupturis et effusione substantiae colloidis in cavum peritonei. Tod 2 Tage nach der Operation. Im zweiten lag ein Cystoma ovarii proliferum multiplex colloides vor, welches wahrscheinlich während, der kurz vorhergegangenen, Geburt geplatzt war und zu einem Pseudomyxoma peritonei geführt hatte. Pat. wurde geheilt entlassen.

Die schnelle Ansammlung colloider Massen sucht Verf. folgender Maassen zu erklären. Da der Cysteninhalt bei seiner Vermehrung stetig die Cystenwand dehnen muss, so geht mit der Wand der, die Ausscheidung behindernde, Widerstand verloren; in Folge dessen kann die Bildung des Inhaltes der Cyste viel schneller vor sich gehen.

S. Lipinski: «Ein Fall von Cancroid der Clitoris und des oberen 1/3 der äusseren Fläche der grossen Labien». (II).

Verf. schickt eine Schilderung des klinischen Bildes des Carcinoms der äusseren Geschlechtsorgane voraus, welche er durch Zusammenstellung aus den verschiedenen publicirten Fällen gewonnen und geht darauf zur Beschreibung des von ihm beobachteten und operirten Falles über.

Die mikroscopische Untersuchung der, an oben genannter Stelle, bei einer 40-jährigen Patientin zur Betrachtung gelangten Geschwulst, ergab Carcinom.

Da die Inguinaldrüsen beiderseits bedeutende Schwellung aufwiesen, wurden nicht nur der Tumor, sondern auch die Lymphdrüsen beider Inguinalgegenden nach Ruprecht entfernt.

S. B. Bjchowski: «Ueber electrische Behandlung einiger Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane». (II).

Verf. ist der Ansicht, dass bei chronischen entzündlichen Processen der negative Pol der vagino-abdominalen Galvanisation ein ausgezeichnetes therapeutisches Agens ist und selbst dann noch mit Erfolg angewandt werden kann, wenn alle anderen Mittel sich als wirkungslos erwiesen haben. Die Besserung des Zustandes bei Electrisirung tritt ferner schneller zu Tage, als bei den anderen Mitteln. Da eine Anwendung starker Ströme überflüssig ist, werden keine Schmerzen hervorgerufen. Die wohlthuende Wirkung äussert sich nicht nur an dem localen Leiden, sondern auch an den reflectorisch durch dieselben hervorgerufenen nervösen Erscheinungen. Als Contraindication für die Electrisation hält Verf. die Anwesenheit von Eiter.

K. F. Mazejewski: «Die prophylactische Wendung bei engem Becken im Verhältniss zur expectativen Methode». (I, II).

Die Abhandlung liefert mehrere werthvolle Beiträge, welche zu Gunsten der expectativen Leitung der Geburt bei engem Becken sprechen. Details sind im Originale nachzulesen.

A. J. Samschin: «Ueber Aufbesserung der theoretischen und praktischen Kenntnisse der Hebammen». (III).

A. A. Anufrijew: «Ueber Hydrarg. bijodat. als Antisepticum in der Gynaekologie». (III).

Als Beleg für die vorzüglichen antiseptischen Eigenschaften des Hydrarg. bijodat. führt Verf. 9 Krankengeschichten von Ovariotomien an, von welchen 7 von Prof. Jastrebow, 2 vom Verf. ausgeführt wurden. Nur in 4 Fällen war der Verlauf ein vollständig afebriler. Die übrigen Fälle fieberten; in einem kam es sogar zu einem Bauchdeckenabscess. Dessen ungeachtet empfiehlt A. das Antisepticum aufs wärmste.

J. G. Mandelstamm: Einige Bemerkungen zur Anwendung der Auskratzung bei Abortus artificialis». (III).

Verf. plaidirt für folgendes Verfahren. Erweiterung des M. M. durch Hegar'sche Dilatatoren bis ein Finger bequem in die Uterushöhle eingeführt werden kann (Nr. 22). Loslösung des Eies mit dem Finger. Entfernung etwaiger Reste mit der Kornzange oder Curette unter Controlle des Fingers. Nach Entleerung des Uterus wird in denselben ein scharfer Löffel eingeführt und die Gebärmutterwand ausgeschabt. Durch Eingehen mit dem Finger überzeugt man sich, dass Alles entfernt ist, worauf eine Ausspülung mit einer heissen Lysollösung gemacht wird. Der Ausspülung folgt eine Aetzung mit einer 50% Carbollösung. Die Uterushöhle wird nicht tamponirt.

J. M. Lwow: «Noch ein Fall von Ruptur des hinteren Fornix sub coitu». (III).

M. L. Papernj: «Das Becken der Jüdin». (III).

Die Resultate der Untersuchungen P.'s sind folgende:
1) Das Becken der Jüdin und die ausgetragenen jüdischen Kinder sind durchaus nicht so klein, wie allgemein angenommen wird. 2) Der Form und Grösse nach nähert sich das jüdische Becken mehr dem polnischen als dem russischen. 3) Zwischen den Massen der ausgetragenen Frucht und denjenigen des Beckens besteht eine vollkommene Uebereinstimmung. 4) Die Configuration des Schädels eines ausgetragenen jüdischen Kindes während der Geburt muss eine bedeutende sein.

M. L. Papernj: «Ein Fall von Stenosis orificii externi uteri post partum cum haematometra cervicali temperaria et endometritide consecutiva». (III).

Die bei einer 31jährigen Primipara nach der schweren Geburt, welche mit Perforation des abgestorbenen Kindes endigte, zur Beobachtung gelangte Affection, welche sich im Laufe eines Jahres entwickelt hatte, wurde durch eine Amputatio portionis vaginalis cuneiformis gehoben, so dass Pat. geheilt entlassen werden konnte.

G. J. Thomson: «Zur Frage von der conservativen Myomotomie während der Schwangerschaft». (III).

Den 4 in der russischen Literatur vorhandenen einschlägigen Fällen reiht Verf. den von ihm mit gutem Endresultat operirten Fall an.

Bei einer V Gravida im 3. Monate der Schwangerschaft enucleirte T. ein kindskopfgrosses Myom, welches breitbasig dem Fundus aufsass. Glatter Verlauf nach der Operation. Zum normalen Geburtstermin kam Pat. nieder. Beim Eintritt in die Gebäranstalt wurde ein lebendes Kind und Nabelschnurvorfall constatirt. Manuelle Reposition der Nabelschnur. Geburt eines todten Kindes.

A. P. Gubarew: «Die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus». (IV).

Nachdem Verf. einige Vorzüge der vaginalen Methoden hervorgehoben, unter welchen er besonderes Gewicht auf den Umstand legt, dass die Gewebe nahe der Anheftungsstelle der Ligamente durchschnitten werden, wodurch Lymphgefässe und Spalträume der Ligamente nicht zerrissen, die Venen gleich nach ihrem Austritt aus der Uterussubstanz, wo sie weniger umfangreich, als im Ligamente sind, durchtrennt werden, kommt er auf die Methoden zu sprechen, welche eine Entfernung der Tumoren von der Bauchhöhle aus bezwecken. Bei Ausübung dieser Operationen hängt alles davon ab, dass man sich des lockeren Zellgewebes zu bedienen versteht. Der grösste Theil der Oberfläche der vergrösserten Gebärmutter ist von lockerem Zellgewebe bedeckt, folglich kann dieselbe auch in dieser Gewebsschicht ausgeschält werden. Blutungen können nur aus durchschnittenen Arterien ent-

stehen, denn aus den Venen blutet es nach Durchtrennung der zuführenden Gefässe nicht mehr. In Betracht fallen nur 4 grössere Arterien (2 art. uterinae und 2 art. ovaricae). Diese Principien treten, am deutlichsten zu Tage in der Doyen'schen Methode, welche Verf. einer kurzen Besprechung unterzieht.

W. W. Potejenko: «Alumnol in der Gynäkologie». (IV).

P. berichtet über 22 Fälle, welche er mit Alumnol behandelt hat. Am häufigsten wurden die Alumnoleinspritzungen bei chronischer Endometritis und Salpingo-oophoritis gonorrhoischen Ursprunges gemacht, ferner auch bei puerperalen Endometritiden. Das Maximum der ausgeführten Einspritzungen war 43, das Minimum 5. Zur Erzielung des gewünschten therapeutischen Effectes genügten meist 25—27 Injectionen. Bei allen Pat., mit Ausnahme eines Falles von puerperaler Endometritis und Parametritis, wurde eine bedeutende Besserung, bei 17 eine Heilung beobachtet. Bei einigen der Pat. traten allerdings schon nach 1½—2 Monaten Rückfälle auf. Nachdem Verf. die Krankengeschichten von 10 Fällen mitgetheilt, fährt er im Texte weiter fort: «ich beobachtete recht häufig ein Eintreten der Flüssigkeit in die Tuben und zwar nur in die kranke (niemals in die gesunde). Dieses Factum kann meiner Meinung nach zum Theil als Erklärung für das Zustandekommen der Extrauterinschwangerschaft, besonders in der kranken Tube, dienen, da das Sperma, nach Analogie der Alumnollösung, leichter in die erweiterte (kranke) Tube eindringen kann, etc.» Leider wird vom Verf. nicht angegeben, wie er diese hoch interessante Erscheinung beobachtet hat. In den Krankengeschichten finden sich keine diesbezügliche Angaben. Und das wird nach Behandlung von nur 22 Kranken im Verlaufe von 7 Monaten veröffentlicht! (Ref.). Auf die Wiedergabe der 10 Schlussfolgerungen, welche die Abhandlung in würdiger Weise abschliessen, verzichten wir. Sapienti sat.

G. N. Jegorow: «Zur Therapie der retrouterinen Blutgeschwülste». (IV).

Nachdem Verf. einige Bemerkungen über das Verhalten ergossenen Blutes in der Bauchhöhle und über Thrombose rupturirter Gefässe in der Peritonealhöhle vorausgeschickt hat, geht er zur Schilderung der Entstehung der Haematocele über, welche in manchen Punkten wesentlich von den allgemein üblichen Anschauungen über die Aetiologie dieses Leidens abweicht. Bei Besprechung der Therapie äussert sich Verf. in recht schroffer Weise über die operativen gynaekologischen Eingriffe im Allgemeinen und diejenigen bei Haematocele im Speciellen. Theoretische Erwägungen haben Verf. darauf gebracht, dass Massage die richtige Behandlungsmethode für die Haematocele sei. Eine in Folge von Ruptur einer Tubenschwangerschaft entstandene, 2—3 Monate alte, Haematocele wurde dann auch vom Verf. in 19 Seancen zum Schwinden gebracht, dessgleichen in 29 weiteren Sitzungen die Pseudomembranen, welche den Haematocelensack bildeten, so dass in der Tube nur eine kleine Verdickung zurückblieb. Verf. muss offenbar noch wenig mit Haematocelen zu thun gehabt haben, auch hat er sich nicht die Mühe genommen die einschlägige neue und neuste Literatur durchzusehen; er würde sonst zu anderen statistischen Daten und anderen Anschauungen über operative Behandlung der Haematocele gekommen sein. (Ref.)

B. J. Feinberg: «Die zeitgemässen Anschauungen über das Wesen und die Therapie der Retroversio flexio uteri». (V).

Verf. resumirt seine Auseinandersetzungen in folgenden Punkte. 1) Die Ansicht derjenigen Autoren, welche der Retroflexio eine selbständige Krankheitsform absprechen, ist unbegründet. 2) Eine Behandlung nur der Folgezustände der Knickungen kann höchstens zeitweilige Besserung, nicht Heilung derselben herbeiführen. 3) Pessarien und andere orthopädische Methoden müssen in allen geeigneten Fällen Anwendung finden; bei ausbleibendem Erfolge muss zu chirurgischen Eingriffen geschritten werden. 4) Unter letzteren verdient die Vagino fixatio intraperitonealis nach Dührssen, als weniger gefährlicher Eingriff, als die Hysteropexia abdominalis anterior und als unbedingt mehr den Anforderungen der Rückwärtslagerungen entsprechender Eingriff, als die Alexander-Adam'sche Operation, volle Berücksichtigung.

J. Rosenthal: «Ein Fall von Enucleation eines submucösen Myom's. Perforation der Uteruswand. Entfernung des Uterus durch Coeliotomie. Heilung». (V).

Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte mit einigen epikritischen Bemerkungen.

P. J. Archangelski: «3 Fälle von Serotherapie bei septischen puerperalen Erkrankungen». (V).

Im 1 Falle lag eine sehr schwere septische Infection vor. Das Antistreptokokkenserum hatte hier glänzenden Erfolg, während das Antistaphylokokkenserum keine erwähnenswerthe Wirkung hervorrief. Die beiden anderen Fälle verliefen klinisch leichter, doch waren es immerhin schwere und vernachlässigte Fälle. Hier wirkte das Antistreptokokkenserum garnicht, das Antistaphylokokkenserum dagegen gab überraschend günstige Resultate. Im Allgemeinen bestätigen die Beobachtungen A's nur die auch schon von Anderen ausgesprochene Ansicht, dass die Serotherapie puerperaler Erkrankungen nicht nur in der Anwendung des Antistreptokokkenserum's bestehen darf. Wir müssen den Kampf auch mit anderen Mikroben aufnehmen und hat dieselbe in der Anwendung desjenigen Serum's zu bestehen, welches specifisch auf den Mikroben wirkt, welcher als prävalirend in dem gegebenen Falle angetroffen wird resp. in der Combinirung verschiedener Serumarten. Verf. ist der Ansicht, dass in Zukunft die Behandlung puerperaler Erkrankungen in eine Serotherapie bestehen wird und die locale Behandlung ganz in den Hintergrund verdrängt werden wird.

S. G. Surowzew: «Medicinischer Bericht der geburtshilflichen Abtheilung der Klinik Prof. K. F. Slawjanski pro 1893». (IV, V).

D. Ott: «Die leitenden Gesichtspunkte bei der Wahl von Methoden zur Wiederherstellung der Integrität des Beckenbodens und der Bauchwand». (VI).

In der Einleitung macht O. auf den Antagonismus aufmerksam, welcher zwischen der Muskulatur des Beckenbodens und derjenigen der Bauchwand besteht und hebt die Wichtigkeit der Wechselbeziehungen dieser beiden Muskelgruppen zur Erhaltung normaler Verhältnisse hervor. Unser Hauptaugenmerk muss daher auf die Erhaltung der Integrität der Muskulatur gerichtet sein. Sind Continuitätstrennungen derselben zu Stande gekommen, so müssen diejenigen Operationsmethoden gewählt werden, welche eine Restitution der ursprünglichen Verhältnisse ermöglichen. Bei Wiederherstellung des Dammes muss daher 1) die Anfrischungsfigur einen streng topographisch-anatomischen Typus haben. 2) muss die Anfrischung so tief vorgenommen werden, dass in der That eine Vereinigung der zerrissenen Muskeln stattfinden kann. 3) Muss die Operation so früh wie möglich vorgenommen werden, bevor die Muskeln nicht atrophisch geworden sind. 4) muss die Naht so angelegt werden, dass alle angefrischten Flächen sich gut berühren und die Ernährung der Gewebe nicht gestört wird, was am besten durch Anwendung von Etagennähten (Seide) erreicht wird. Bei Wiederherstellung der Bauchwand ist es unbedingt nothwendig darauf zu achten, dass wirklich die auseinandergewichenen Muskeln wieder vereinigt werden; am besten wird dieser Zweck durch eine 3-etagige mit dünner Seide angelegte Naht erreicht. In 65 nach dieser Methode ausgeführten Bauchschnitten (nach der Operation sind 7 Monate bis 5 Jahre verflossen) ist nur in 2 Fällen eine Hernienbildung constatirt worden. Bei 246 Dammplastiken (25 totale Dammrisse) wurde nur in 2 Fällen ein Auseinanderweichen der Wunde beobachtet.

J. J. Fedorow: «Ueber utero-ovarielle Functionen in Zusammenhang mit menstruellen und klimakterischen Erscheinungen im weiblichen Organismus». (VI).

Die von mancher Seite bestätigte Ansicht, dass die Eierstöcke ausser der Bildung von Keimzellen auch noch einen specifischen chemischen Körper produciren, welcher einen regen Antheil am Stoffwechsel nimmt, hat im Verf. die Vermuthung geweckt, dass die Gebärmutter auch eine ähnliche Rolle spielt und dass diese von der Uterusschleimhaut gebildete Substanz sich auch im menstruellen Blute finden müsse. In dieser Richtung angestellte Experimente ergaben folgendes Resultat. Die Ovarialsubstanz und der Körper im Menstrualblut üben, ebenso wie Extracte aus der Uterusschleimhaut und der Brustdrüse, einen merklichen Einfluss auf das Gefässsystem des Kaninchens aus. Die Ovarialsubstanz und Ovarium-Poehl erhöht den Blutdruck und verlangsamt die Herzaction; im Gegensatz dazu setzt die Substanz aus der Uterusschleimhaut, dem Menstrualblut, und der Brustdrüse, den Blutdruck herab und beschleunigt die Herzthätigkeit. Die klinischen Beobachtungen, welche Verf. angestellt hat bestätigen, dass die Ovarial-Substanz einen, den Experimenten analogen, Einfluss auf den Blutdruck ausübt. Es liegt daher die Vermuthung nahe, dass das klinische Bild, welches bei Frauen in der menstruellen Periode zur Beobachtung gelangt, in Zusammenhang mit jenem

unbekannten Faktor steht. welcher von den Geschlechtsorganen des Weibes geliefert wird. Der erhöhte Blutdruck vor den Menses und das Fallen desselben während der Menstruation mag durch die wechselnde Einwirkung der Ovarial- und Gebärmuttersubstanz auf den Organismus der Frau bedingt sein.

W. L. Jacobson: «Ein Fall von cystischer Neubildung der kleinen Labien». (VI).

Kasuistischer Beitrag nebst epikritischen Bemerkungen des Verf.

M. N. Poroschin: «Ein Fall von Geburt bei narbiger Verengerung der Scheide». (VI).

Nach den vom Verf. in der einschlägigen Literatur angestellten Nachforschungen ergiebt sich, dass nur in seltenen Fällen bei narbiger Verengerung der Scheide die Geburt spontan verläuft Die Therapie ist hauptsächlich eine expectative in Hinblick auf die Möglichkeit einer serösen Durchtränkung und Auflockerung des Narbengewebes. Im Falle P.'s handelte es sich bei einer 26-jährigen I para um eine ringförmige Scheidenstrictur. In einer Entfernung von c. 5 Cm. vom Introitus wurde eine trichterförmige Verengerung des Scheidenlumens constatirt. Der Boden des Trichters schien blind zu enden, und konnte durch das sehr derbe Gewebe, weder der Muttermund, noch der vorliegende Kindstheil palpirt werden. Während der Geburt trat eine allmählige Erweiterung der Strictur ein, nur musste wegen eintretender Verlangsamung der kindlichen Herztöne eine Ausgangszange angelegt werden.

W. N. Massen: «Ueber Retention und Verwachsung der Placenta». (V, VI).

Die Resultate seiner Untersuchungen fasst M. in folgende Sätze zusammen. 1) Die Leitung der Nachgeburtsperiode muss den Kräften der Natur überlassen werden, welche in der Regel ohne weitere Kunsthilfe diese Periode einleitet und beendigt. 2) Wenn nach Ablauf einer halben Stunde die Placenta nicht ausgestossen wird, so genügt meist ein gelindes Drücken auf die Gebärmutter, um die Nachgeburt herauszubefördern. Genügt der Druck nicht, so wird der Credé'sche Handgriff ausgeübt; wenn auch der ohne Erfolg ist, so schreitet man zur inneren Untersuchung. Erweist es sich bei derselben, dass die Placenta im Muttermunde eingeklemmt liegt und ist keine Blutung vorhanden, so verhält man sich expectativ. Befindet sich jedoch die Placenta noch in der Uterushöhle, so muss zur manuellen Entfernung derselben geschritten werden. 3) Der Credé'sche Handgriff in seiner ursprünglichen Form darf nur in pathologischen Fällen und bei strenger Indicationsstellung angewandt werden. 4) Eine falsche und nicht zeitgemässe Anwendung des Credé'schen Handgriffes, besonders bei empfindlicher und reizbarer Gebärmutter ist in der Mehrzahl der Fälle die Ursache einer Retention oder Accretion der Placenta. 5) Die Placentaretention wird am häufigsten durch Constriction des inneren M. M. bedingt. 6) Die Accretion der Placenta ist eine Seltenheit, kommt jedoch ohne Zweifel vor und wird durch pathologische Verhältnisse der mütterlichen oder foetalen serotinalen Elemente bedingt. Durch Schwund oder pathologische Veränderung dieses Gewebes wird der normale Zerreisslichkeitscoëfficient der Decidua serotina herabgesetzt, was zum klinischen Bilde der Placentaverwachsung führt. 7) Durch eine Atonia uteri partialis im Bereich der Placentarstelle kann eine feste Verwachsung einzelner Placentastücke mit der Uteruswand nicht in befriedigender Weise erklärt werden.

J. G. Mandelstamm: «Ein conservativer Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind». (VII, VIII).

Es handelte sich in dem beschriebenen Falle um ein allgemein verengtes, plattes, asymetrisches, rhachitisches Becken mit einer Con. vera von 7 Cm.

S. G. Schalit: «Akute Undurchgängigkeit des Darmes bedingt durch eine Ovarialcyste». (VII, VIII).

Nachdem Verf. in der Einleitung die verschiedenen Momente welche eine Undurchgängigkeit des Darmes herbeizuführen im Stande sind und die in solchen Fällen anzuwendenden therapeutischen Eingriffe einer kurzen Erwähnung unterworfen, geht er zur Schilderung seiner 2 Fälle über. Im ersten Falle handelte es sich um eine Dermoidcyste des rechten lig. latum (mit Stieltorsion), welche ein 8—10 C. langes Stück des Colon ascendeus comprimirt hatte. Da erst 5 Tage nach dem Auftreten der Occlusionserscheinungen operirt wurde, bestand schon eine oberflächliche Necrose des Darmes. Nach Entfernung des Tumors glatte Heilung. Im 2. Falle lag gleichfalls eine Cyste des rechten Ovarium mit Stieltorsion vor. Nachdem die Geschwulst durch Bauchschnitt entfernt worden war, erwies sich eine Darmschlinge comprimirt und dunkel verfärbt; unterhalb dieser Partie war der Darm collabirt, oberhalb gebläht. Die seit 3 Tagen bestehende Undurchgängigkeit wurde gehoben. Pat. genas.

G. G. Saks: «Entwickelungsfehler der weiblichen Geschlechtsorgane als Indikationen zu operativen Eingriffen». (VII-VIII).

1) Defectus uteri et vaginae — Castratio, 2) Atresia vaginae congenita, Haemelytrometra — Operatio gynatresiae. 2 kasuistische Beiträge.

Th. A. Dobbert: «Bericht der gynaekologischen Abtheilung des Peter-Paul- Hospitals pro 1896». (VI, VII, VIII).

Dobbert.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i bakteriologii. Bd. IV, Heft 3.

K. Winogradow. «Zur Lehre von der Coccidiose bei Kaninchen».

Verfasser beschreibt Coccidien, die er in der Schleimhaut des Dickdarms eines Kaninchens gefunden hat. Die Coccidien befanden sich sowohl im Epithel der Sohleimhaut und der Lieberkühn'schen Drüsen, als auch im adenoiden Gewebe und hatten die Structur und die Grössenverhältnisse, wie bei dem von Leuckart beschriebenen Coccidium perforans. Die kleineren Coccidien besassen keine Membran, dagegen war eine solche bei den grösseren leicht zu constatiren. Im adenoiden Gewebe befanden sie sich bald isolirt, bald gruppenweise im reticulaeren Bindegewebe, häufig umringt von Leucocythen.

M. Benjasch. «Zur differentiellen Diagnose des Choleravibrio».

Die von Pfeiffer und Blachstein vorgeschlagenen Methoden zur Differenzirung des Choleravibrio, beruhend auf Agglutinationserscheinungen, sind nach Verfasser viel zu complicirt und auch ungenau. Er schlägt eine neue Methode vor, die auf den Antagonismus, der Bacterien beruht. Dieser Antagonismus der zuerst von Pasteur, dann auch von Garré, Pavone etc. hervorgehoben wurde, besteht darin, dass die Stoffwechselprodukte der Mikroben das Wachsthum der weniger lebensfähigen hintan halten. Drei — sechswöchentliche Bouillonculturen des Denecke'schen Vibrio wurden durch ein Chamberland-Licht filtrirt und, nachdem sich Verf. überzeugt hatte, dass das Filtrat vollkommen steril war, brachte er es in Culturen von v. cholerae asiaticae, v. Finkler-Priori, v. Milleri, v. Denecke und v. Metschnikowi. Das Resultat war, dass der Cholerabacillus am wenigsten Wachsthum zeigte, weil er nicht widerstandsfähig ist. Dasselbe Experiment wiederholte B. auch mit Gelatineculturen und konnte sich überzeugen, dass die Stoffwechselprodukte des Denecke'schen Vibrio das Wachsthum der Cholerabacillen hintanhalten. Die vereinzelten unter solchen Bedingungen doch heranwachsenden Colonieen zeigen die Involutionsformen der Cholerabacillen.

J. Winogradow. «Zur Pathologie des Ulcus pepticum duodenale».

Verfasser hat im Katharinenhospital zu Moskau unter 9366 Sectionen 94 Mal Ulcus ventrikuli und 11 Mal Ulcus duodenale vorgefunden. Seine eingehenden Studien über die Pathologie des Duodenalgeschwürs stellt Verfasser in folgende Schlüsse zusammen: 1. Das peptische Geschwür des Magens oder des Duodenum kann sich an einer Stelle ausbilden, wo ein vollkommener Abschluss des Blutzuflusses (Stase) mit consecutiver Atrophie der betreffenden Stelle bestand; in solchen Fällen spielt die Qualität des Magensaftes gar keine Rolle.

2. Das Geschwür kann aber auch zu Stande kommen, wenn der Blutzufluss nur mangelhaft ist, und sich in Folge dessen eine Ernährungsstörung der Schleimhaut ausbildet; in solchen Fällen spielt die Qualität des Magensaftes eine grosse Rolle;

je grösser die verdauende Kraft des Magensaftes ist, um so rascher heilt das Geschwür.

3. Das allmähliche Hineinbringen von schädlichen Stoffen in den Magen entwickelt eine gewisse Immunität gegen dieselbe, doch nur bis zu einer gewissen Grenze; wird letztere überschritten, so treten schon krankhafte Zustände ein. Die bei der Section zu Tage tretenden anatomischen Veränderungen sind in beiden Fällen die gleichen, nur dass sie sich quantitativ unterscheiden.

4. Ein anatomisch constatirter Magencatarrh hindert die Entwickelung eines Geschwürs, andererseits aber hindert er auch die Heilung des Geschwürs.

5. Bei der Section findet man häufig erros. haemorrhagicae, die in Folge des Catarrhs nicht zur Heilung kommen.

6. Bei der gewöhnlichen Form der Ernährung bestehen viele Ursachen, die die Immunität des Magens gegen ein Salzsäureüberschuss erzeugen kann.

7. Dieselben aetiologischen Momente die ein Magenulcus bei bestehendem Magencatarrh zu Stande bringen, können auch das Ulcus duodenale bedingen. — Verfasser hat einen Fall von Ulcus duodeni auch klinisch verfolgt. Es handelt sich um einen 52-jährigen anaemischen Mann, der vor 6 Monaten an einem acuten Magencatarrh erkrankt war; einige Tage hielt das Erbrechen an. Die Symptome gingen zurück; nur blieb ein gewisser Druck in der Magengrube zurück. Es bestand Hyperacidität; der Magen aber passte sich dieser Schädlichkeit schon an; das Geschwür entwickelte sich dagegen im Duodenum.

A. Braunstein. «Zur Pharmacodynamik der Stigma maidis und Ustilago maïdis; deren Einfluss auf die Contraction des Uterus».

Verfasser hat eine Reihe von experimentellen Beobachtungen über die Wirkung dieser Mittel auf den Uterus angestellt. Er fand, dass das Extractum stigmatis maidis bei Kaninchen Uteruscontractionen hervorruft, oder dieselben verstärkt, und zwar auf vasomotorischem Wege, einen directen Einfluss auf den neuro-muskulaeren Apparat des Uterus hat Stigma maidis nicht. Das Mittel wäre in Folge dessen bei Uterusblutungen indicirt in Fällen, wo man eine directe Wirkung auf die Gefässe haben will. Ustilago maidis bewirkt bei Kaninchen rhytmische Contractionen des Uterus von peristaltischem Charakter; es beeinflusst direct die neuro-musculaeren Elemente der Gebärmutter, erzeugt nie technische Contractionen; in Folge dessen wäre das Mittel bei Wehenschwäche sehr am Platze. Verfasser hat auch klinische Beobachtungen mit dem Extractum ustilag. maidis (30—40 Tropfen) angestellt; er gab das Mittel in der Eröffnungsperiode bei schwachen und seltenen Wehen, oder aber, wenn die bis dahin kräftigen Wehen plötzlich aussetzten. Nach Einnahme von 30—40 Tropfen wurden die Wehen immer stärker und häufiger. Das Mittel kann also bei schwachen Wehen sehr gut verwendet werden.

Abelmann.

Eshenedelnik 31—44. 1897.

L. Maisels. «Die Choleraepidemie im Kreise Baltsk (Gouvernement Podolsk) im Jahre 1892 und Maassregeln gegen dieselbe».

M. schildert die unsäglich traurigen Verhältnisse, die er im Kreise Baltsk vorgefunden. Von Isolirung war keine Rede, ein Hospital war nicht vorhanden, das Volk verheimlichte aus Furcht vor den Desinfectionsmassregeln die Erkrankungsfälle, die elementarsten Begriffe von Reinlichkeit fehlten, aller Abfall wurde auf den Strassen deponirt, Senkgruben gab es nicht. 3 Tabellen geben über die Krankenbewegung Aufschluss.

J. Gottlieb. «Ein Fall von Vergiftung mit Semina daturae Stramonii aus der Landpraxis». (Nr 32).

Ein 4-jähriges Kind bot folgendes Bild: Gesicht geröthet, weite Pupillen. Puls 144, periodische clonische Zuckungen, Opistothonus, Temp. 37,9, Bewusstlosigkeit, Hallucinationen. Das eingegebene Brechmittel war erfolglos, worauf Apomorphin subcutan gegeben wurde, mit Erfolg, innerlich wurde verabfolgt Tannin und Chloralhydrat. Genesung.

Wolkow. «Ein Fall von Irido-keratitis parenchymatosa utriusque oculi». (Nr. 32.)

Ein casuistischer Fall mit günstigem Ausgang

Thirsow. «Zwei Fälle von kaukasischer Malaria larvata». (Nr. 33.)

Eine kräftig gebaute Frau litt seit einigen Tagen an epileptoiden Zuckungen, die an der rechten Hand ihren Anfang nahmen, auf Hals und Kopf rechterseits übergingen und dann das rechte Bein befielen. Die Anfälle wiederholten sich häufig, oft alle 5 Minuten, das Bewusstsein war nicht gestört, die Tem. war erhöht, mit Ausnahme eines Milztumors objectiv nichts zu constatiren. Verf. nahm febris intermittens larvata epileptica an. In einem anderen Fall bestand bei einem 45-jähr. Mann als einziges Symptom eine auf Nichts weichende Verstopfung. T. nahm per exclusionem Malaria an, verordnete Chinin. Pat. wurde abgeführt und genas. Verf. kann nicht umhin diesen Fall als zu der larvaten Form der Malaria zu rechnen, da der Ort als durchseucht anzusehen war.

J. Rosenblatt. «Ein Fall von Aktinomykose der Bauchhöhle». (Nr. 35.)

Ein 39-jähriger Pat. bot folgendes Bild: Die rechte Bauchgegend ist vorgewölbt, die Haut von 5 Fisteln durchsetzt, man fühlt einen harten unbeweglichen Tumor in der Ileo-Coecalgegend von der Grösse zweier Fäuste. Aus den Fisteln entleert sich ein schleimiger Eiter mit Körnchen. Das Bild erinnerte an eine Para- oder Perityphlitis in Anschluss an eine Appendicitis. Die Untersuchung ergab im Eiter die Anwesenheit von Aktinomycespilzen. Der Infectionsmodus ist wahrscheinlich ein derartiges, dass Pat. nicht genügend gekochtes Fleisch von an Aktinomyces erkrankten Thieren genossen hat. In Russland wird obige Krankheit selten beobachtet. Nach Groll ist die Mortalität der Bauchhöhlen-Aktinomycose 40,5%. Die Behandlung bestand in Darreichung von Jodkali, Heilung.

G. Olinsky. «Ueber das Drüsenfieber». (Nr. 36.)

Seitdem Pfeiffer auf dieses Krankheitsbild hingewiesen hat wird dieses mehr beachtet. O. hält das Drüsenfieber für eine Infectionskrankheit sui generis und theilt einen Fall mit, der ein 4-jähriges Mädchen betraff. Dieses erkrankte mit Schüttelfrost und Schwellung der Halsdrüsen. am 5. Tage traten die Erscheinungen einer haemorrhagischen Nephritis auf (rothe Blutkörperchen, körnige Cylinder, ½% Eiweiss). Dabei bestanden bedrohliche uraemischen Erscheinungen. Die Nephritis heilte bald aus, die Drüsenschwellung fiel ab, im Laufe von 3 Wochen aber trat dieselbe 4 × unter Schüttelfrost von neuem auf. Genesung.

J. Nesterowsky. «Ein Fall eines acuten Gelenkrheumatismus, complicirt mit Peritonitis». (Nr. 37.)

Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass Pat. schon mehrere Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus gehabt hat. Beim letzten Recidiv bot Patient ein schweres Krankheitsbild: Erhöhte Temp. frequenter Puls, Dyspnoe, Vergrösserung des Herzens, systolisches Geräusch an der Herzspitze, bald gesellte sich noch eine trockene Pericarditis hinzu. Nach kurzer Zeit traten Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen, Tympanitis, heftige Leibschmerzen auf. Stuhl nicht zu erzielen — kurz die bedrohlichen Erscheinungen des Ileus. Weiter kam es aber nicht, die allarmirenden Erscheinungen wichen Schritt für Schritt zurück. Verf. sucht den Grund dafür in einer Reizung des Peritoneums, die seröse Durchtränkung der Musculatur der Darmwand hat zu einer Parese derselben geführt.

Minz. «Ueber die Lepra im Alexandrowskischen Kreise (Gouvern. Stawropol».) (Nr. 38 und 39.)

B. Gurwitsch. «Geburt bei Uterus didelphys cum vagina septa et stenosi vaginae annulari». (Nr. 40.)

Eine 31-jährige Frau bot sub partu folgendes Bild: in der Scheide fühlt man eine querverlaufende Scheidewand mit einer Oeffnung in der Mitte; der durch dieselbe touchirende Finger stösst auf den Kopf, Muttermund verstrichen. Expectatives Verhalten, da die Oeffnung in der Scheidewand immer weiter wurde. Als aber ein eclamptischer Anfall auftrat, wurde die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. Wochenbett normal. Die spätere Untersuchung ergab: 3 Ctm. hinter dem Introitus vagin. eine quer verlaufende Scheidewand in der linken Hälfte der Vagina, so dass man den Eindruck eines Blindsackes hat. Auf der rechten Seite geht diese Scheidewand in eine andere, vertikal verlaufende, über, welche die Vagina in zwei Hälften theilt. In der rechten Hälfte fühlt

man die Portio vag., einen geöffneten Muttermund und eine vergrösserte anteflectirte Gebärmutter. In der linken Hälfte durch die zerrissene Längsscheidewand fühlt man die linke Portio vagin. mit rundlichem Muttermund und einem kleinen Uterus.

O. Lunz. «Forcirte Streckung des Pott'schen Buckels, nach Callot, Jonnesco». (Nr. 41).

L. bespricht das Callot'sche Verfahren, die Modification Jonnesco's und führt auch einige Stimmen aus dem entgegengesetzten Lager an.

A. Kuljabko-Korezky. «Ueber die Radicaloperationen nicht eingeklemmter Hernien». (Nr. 42.)

Verf. hat einen 77-jährigen Mann mit doppelseitiger Leistenhernie von grossen Dimensionen operirt und ist der Ansicht, dass man den Bruchsack bei grossen Hernien von dem umgebenden Gewebe und den Organen (funiculus) nur in der Gegend des Ausgangs des Leistenkanals ablösen und reseciren kann und dass man bei Leuten jenseits des 55. oder 60. Lebensjahres mit grossen Hernien die Herniotomie mit der Castration und der Versenkung des funiculus spermaticus in die Bauchhöhle verbinden kann.

P. Laschtschenkow. «Das Stickstoffgleichgewicht bei Ausschluss der Kohlehydrate in der Nahrung und bei geringer Einfuhr derselben. — Material zur Frage der Ernährung von Diabetikern». (Nr. 43.)

Verf. führte an sich selbst Experimente aus: bei vollkommenem Ausschluss von Kohlehydraten und Einfuhr von 150 Grm. Eiweiss und 190 Grm. Fett war eine tägliche Einbusse von Sticktoff zu verzeichnen (3,7 bis 5,2 Grm. tägl.). Wurde die Quantität gesteigert (250 Grm. Eiweiss und 200 Grm. Fett) so betrug der Tagesverlust nur 0,2 oder 0,4 Grm. N. Bei Einfuhr von 127 Grm. Eiweiss, 130 Fett und 150 Kohlehydraten blieb das Stickstoffgleichgewicht erhalten. L. ist dagegen, dass man den Diabetikern die Kohlehydrate vollkommen entzieht.

M. Koch. «Zur Casuistik der Schwangerschaft». (Nr. 44.) Ein Fall von Drillingsgeburt und Missed abortion.

L. Artomonow. «Zur Pathologie der Urobilinurie». Vorl. Mitth. (Nr. 44.)

Das Urobilin ist ein Umsetzungsproduct des Bilirubin. Harnuntersuchungen von Pat. mit hypertrophischer Lebercirrhose ergaben stets die Anwesenheit von Urobilin, bei der atrophischen Form dagegen wurde dieses immer vernichtet, so dass je nach dem Vorhandensein oder Fehlen dieses chemischen Körpers die Diagnose mit Sicherheit auf diese oder jene Form gestellt werden kann. Die Anwesenheit von Urobilin bei Icterus hängt mit der Zersetzung des Bilirubins zusammen. Bei Kaltbrütern wirkt das Urobilin wie ein Herzgift.

Lingen.

Wratsch Nr. 36—43, 1897.

J. Bendersky. «Ueber die Frauenkleidung und ihren Einfluss auf die Lage des Magens. Die Kleidungs- oder Magenfurche, als Anhaltspunkt für die Bestimmung der Lage des Magens». (Nr. 36.)

Das Schnüren der Frauen hat, wenn die Schnüre direct auf dem Körper (ein feines Hemd kommt hierbei selbstverständlich nicht in Betracht) festgebunden werden, einen viel schädlicheren Einfluss auf die Gesundheit desselben, als das Korsetttragen. Auf der beweglichen und die Form ihrer Oberfläche häufig verändernden vorderen Magenwand, dem Fundus ventrikuli können die Schnürchen nicht liegen bleiben, sie müssen sich eine Stelle aussuchen, an der sie immer ruhig liegen könnten. Sie gleiten deshalb bis zur unteren Magengrenze herab und legen sich unter der grossen Curvatur im Spatium gastrocolicum. Dieser Zwischenraum kann sich in Folge des Druckes der Schnürchen immer vergrössern, worauf sich ein Herabsinken des Colon transversum entwickeln kann. Bei der Gastroptosis aber, bei der die grosse Curvatur sehr tief liegt, bleiben die Schnürchen auf dem Magen selbst liegen und verursachen einerseits ein immer tieferers Herabsinken desselben, andererseits aber sehr schwere subjective Symptome, über die solche Patienten so häufig klagen. Bei den meisten Frauen kann man bei Inspection des Abdomens, ausser zahlreichen verticalen und schrägen Korsettfurchen, noch eine mehr oder weniger breite horizontale Furche wahrnehmen, die der Lage der Schnürchen entspricht. Letztere nennt Verf. Magenfurche, da sie in den meisten Fällen der unteren Grenze des Magens entspricht. Finden wir unter dieser Furche noch ein Reservoir, das seiner Grösse und Grenzen nach dem Magen entspricht, so haben wir es mit einer Gastroptosis zu thun.

Dieselbe Magenfurche kann man auch bei Männern beobachten, die anstatt der Tragbänder ihre Hosen mit einem Riemen oder Schnure festbinden. An mehreren Tausenden Patienten, die vom Verf. in dieser Richtung untersucht wurden, fand er seine Beobachtung betreffs der Magenfurche bestätigt und betrachtet dieselbe als feststehend.

Prof. G. Chlopin. «Die amerikanischen Hafergrützen, ihre chemische Zusammensetzung und Bedeutung als Nahrungsmittel». (Nr. 36.)

Die Untersuchung der in Russland am meisten gebräuchlichen amerikanischen Grützen «Herkulo» und «Chempion» und der gewöhnlichen russischen Hafergrütze ergab, dass erstere um 1—2 pCt. reicher an Stickstoffsubstanzen ist als die übrigen Sorten, dem Fettgehalte nimmt «Chempion» die erste Stelle ein, die russische ist aber 3—4 Mal billiger.

J. Lwow. «Apoplexie des rechten Ovariums, die zur Entwickelung eines Haematoma retrouterinum führte unter dem Bilde einer Tubenruptur bei extrauteriner Schwangerschaft. Gleichzeitige pyosalpinx sinistra. Laparotomie. Genesung bei Behandlung mit Antistreptokkenserum». (Nr. 37.)

M. Scherschewsky. «Ueber die falschen Herzfehler und die extracardialen Bedingungen ihrer Entstehung». (Nr. 37.)

Die höchst interessanten Beobachtungen des Verf. über das gegenseitige Verhältniss von Leber und Herz lassen ihm folgende Thesen aufstellen:

1. Bei Lebervergrösserung nimmt der quere Durchmesser des Herzens bei Rückenlage des Pat. nicht ab, wie man es dem Alter und dem Zustande der Gefässe nach erwarten sollte, sondern zu und zwar zuweilen sehr bedeutend.

2. Die Auscultation ergiebt an der Herzspitze, besonders deutlich aber am Sternum in der Höhe der 5. Rippe und über dem Schwertfortsatz einen dreifachen Ton oder dreifaches Geräusch mit einem dem Potain'schen «bruit de galop» ähnlichen Galoprhythmus. Seine Stärke ist selbstverständlich, nicht immer die gleiche: constant bleibt nur der Umstand, dass dies Phänomen immer schwindet, sobald Pat. aus horizontaler in mehr oder weniger verticale Lage übergeht oder seinen Rumpf nur ein wenig erhebt.

3. Die Stärke und Deutlichkeit der Auscultationserscheinungen sind direct proportional der Lebervergrösserung, d. h. je umfangreicher die Leber, desto grösser der Querdurchmesser des Herzens und desto deutlicher der Galoprhythmus.

4. An Stelle des dreifachen Tones tritt zuweilen ein dreifaches Geräusch auf, wodurch dieses aber bedingt wird, bleibt solange unerklärt.

5. Irgend einen Zusammenhang zwischen diesen Erscheinungen und der Form der Leberaffection zu finden ist bisjetzt nicht gelungen. Verf. giebt darauf 6 sehr instructive Krankengeschichten, die die genannten Verhaltnisse illustriren. Für die Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens giebt S. folgende Erklärung: im normalen Zustande geht das Herz bei Rückenlage des Pat., von der Brustwand etwas nach hinten zurück, sein percutorischer Querdurchmesser wird daher kleiner, als beim Stehen; ebenso geht dabei die normale Leber von der vorderen Bauchwand und den unteren Rippenbögen nach hinten zurück. Wenn aber die Leber in ihrem sagitalen Durchmesser vergrössert ist, so wird sie bei Rückenlage des Pat. von der Bauchwand nicht zurücktreten und wird, wenn die Bedingungen für ihre Dislocation nach oben gegeben sind, den unteren Theil des Brustkorbes vollständig ausfüllen. Bei der Dislocation nach oben trifft die Leber das Herz und zwar vorzugsweise das rechte und übt auf dasselbe einen Druck aus nicht nur von unten nach oben, sondern auch von hinten nach vorn. Das Herz wird daher der vorderen Brustwand näher anliegen, von der Leber an dieselbe angedrückt und abgeplattet werden. Sein Querdurchmesser wird daher viel grösser werden. Der dabei wahrnehmbare dreifache Ton oder Geräusch lasse sich vieleicht durch die Anpressung des rechten Ventrikels und die darauf folgende Veränderung der Ostienform und ungleichzeitige Contraction beider Herzhälften erklären. Jedenfalls hat derselbe nicht die schlimme prognostische Bedeutung, wie der Potain'sche Galoprhythmus.

J. Schlapobersky: «Zur Frage über die Anwendung von Chlorzink in der Gynäkologie». (Nr. 37 und 38).

Verf. gebraucht ausschliesslich eine 20 pCt. Lösung des Chlorzinks zur Cauterisation der Uterushöhle, nach Ausschabung derselben und bei Behandlung der Erosionen und zwar in beiden Fällen mit bestem Erfolge.

N. Morosow; «Zur Frage über den Einfluss des kurzdauernden Fastens auf die morphologische Zusammensetzung des Menschenblutes».

1) Die Zahl der rothen Blutkörperchen in 1 cbmm. nimmt während des Fastens zu, wobei ihre Form, Grösse und Farbe unverändert bleiben. 2) Die Zahl der weissen Blutkörperchen in 1 cbmm. nimmt ab. 3) Morphologisch wird das Blut weniger reif und stellt die Eigenthümlichkeiten dar, die für die Kachexie charakteristisch sind.

W. Klimenko: «Ueber das Salophen». (Nr. 38).

Verf. versuchte das Mittel in 40 Fällen. Dosis 1,0 grm. 1—6 Mal täglich. Eine gute Wirkung hatte das Salophen bei acutem und chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus und bei verschiedenen Neuralgien; bei Influenza und Migräne dagegen blieb es wirkungslos.

J. Kolbassenko: «Weiteres über das Ichthyol bei Pocken» (Nr. 38).

Noch 9 mit Ichthyol behandelte Pockenfälle, in denen Verf. dieselben günstigen Resultate bekommen hat, wie in den schon früher mitgetheilten. (Referat in dieser «Beilage» pag. 40).

N. Umikow: «Die Diazoreaction im Harne der Brustkinder» (Nr. 39 und 40).

Auf Grund seiner überaus zahlreichen und sehr sorgfältigen Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:
In dem Harne gesunder Brustkinder tritt die Diazoreaction niemals ein. Hohe Fiebertemperatur hat auf den Eintritt derselben keinen Einfluss. Ebenso tritt die Diazoreaction im Harne nicht ein bei acuter und chronischer katarrhalischer Lungenpneumonie, bei Diphtherie, Windpocken, Otitis media, Rhinitis, Eczem des Gesichts, Lymphdrüsenentzündung, Entzündung des Nabels, angeborener Syphilis, Laryngitis, Bronchitis, Pleuritis, acuten Katarrh des Dünn- und Dickdarms und beim Erythem nach Injection des antidiphtheritischen Heilserums. Immer vorhanden dagegen ist die Diazoreaction bei Erysipel und Masern und zwar desto schärfer je schwerer die Erkrankungen sind. Tritt bei diesen Krankheiten eine Besserung ein, so wird die Diazoreaction schwächer, in den tödtlich endigenden Fällen dagegen bleibt sie bis zum Tode stark ausgesprochen. Bei Masern tritt sie zuweilen schon im Prodromalstadium ein. Einen oder zwei Tage vor dem Tode ist die Diazoreaction bei Kindern bei jeder Krankheit vorhanden. Sie ist deshalb von grösster prognostischer Bedeutung.

N. Sarkewitsch: «Verblutungstod eines zweiwöchentlichen Kindes nach Durchtrennung des Zungenbändchens». (Nr. 39).

S. Gosewer: «Zur Casuistik der Nasen-, Rachen- und Ohrenblutungen». (Nr. 40).

1. Fall: Nasenblutung bei purpura rheumatica.
2. Fall: Ohrenblutung bei chronischer Nephritis.
3. Fall: Rachenblutung im Klimax.
4. Fall: Bluthusten bei chronischer Nephritis.
5. Fall: Bluthusten bei Mitralstenose.
6. Fall: Bluthusten in Folge eines 6—7 mm. grossen Angioms am hinteren Ende der unteren Muschel und in der Umgebung des Tubenwulstes.

S. Gosewer: «Ein durch Electrolyse behandelter Ozaenafall». (Nr. 40).

Die eine mit Watte umwickelte und mit Kochsalzlösung befeuchtete Platinelectrode in die eine Nasenhälfte, die andere auf die Wange. Stromstärke: 5—10 M. A.; Dauer 5—10 Minuten. Nach 5 Sitzungen deutliche Besserung.

W. Ablow: «Zur Behandlung der Ozaena mit antidiphtheritischem Heilserum». (Nr. 40).

Bei einem 5-jährigen an Ozaena leidenden Kinde trat nach einer einzigen Injection von 10 ccm. des antidiphtheritischen Heilserums (Roux) vollständige Heilung ein.

S. Schazki, «Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit statischer Electricität». (Nr. 40).

Alle 6 Patienten des Verf. waren Neuropathen, mit allgemeiner Ernährungsstörung. In 4 Fällen waren die Resultate der electrischen Behandlung prachtvoll, in einem — gering und im letzten — negativ.

W. Klimenko: «Ein Fall von Emphysem des Unterhautzellgewebes des Halses und der Brust bei einem Phthisiker». (Nr. 40).

M. Poroschin: «Zur Aetiologie der spontanen Uterusrupturen während der Schwangerschaft und Geburt». (Nr. 41).

Eine 45-jährige 17-Gebärende fiel 2 Tage vor der Geburt auf den Rücken ohne sich dabei verletzt zu haben; die Kindesbewegungen fühlte sie aber seitdem nicht mehr. Gleich nach den ersten Wehen bekam Pat. heftige Schmerzen im Abdomen; letzterer wurde grösser, Bauchdecken stark gespannt, grosse Empfindlichkeit bei der Palpation. Pat. blass, sehr schwach; Schwindelanfälle. Muttermund für 4 Finger durchgängig. Unter Kristeller wurde ein todtes Kind geboren und gleich darauf durch Crede die Placenta entfernt. Durch Massage, heisse Einspritzungen, Eis äusserlich, Secale und Chinin innerlich gelang es bald den Uterus zur Contraction zu bringen und die Blutung zu stillen. Der Zustand der Pat. verschlimmerte sich jedoch immer fort und 2¹/₂ Stunden nach der Geburt ist Pat. in Folge starker Herzschwäche und acuter Anämie gestorben. Bei der Section wurde in der Mitte der hinteren Wand des Fundus uteri eine zickzackförmige 5 cm. lange Fissur gefunden, die bis zu ¹/₄ der Dicke der Muskelschicht reichte.

W. Grusdew: «Versuche die Säugethiereier künstlich zu befruchten». (Nr, 42).

G. Schapiro: «Zwei Fälle von Sarcom der inneren Organe, eigenthümlich nach ihrem Sitze und klinischem Verlaufe». (Nr. 42 und 43).

I. Fall: Primäres Sarcom des Duodenums mit Metastasen in der Leber. II. Fall: Multiple Sarcome mit doppelseitigem sehr starkem Exophthalmus, Chemosis und Herabsetzung der Sehschärfe, in Folge der Entwickelung symmetrischer Sarcome in beiden Augenhöhlen. Ausführliche Krankengeschichten und genaue pathologisch-anatomische Befunde der zwei vom Verf. im klinischen Institute beobachteten Fälle.

Prof. O. Petersen: «Ueber die Initialerscheinungen der Lepra». (Nr. 43).

Auf Grund der vom Medicinal-Departement erhaltenen Berichte über 1200 Leprafälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Unter «Initialerscheinungen» versteht P. «die ersten wahrnehmbaren Erscheinungen» der Lepra, die zuweilen an der Invasionspforte (locus infectionis) der Leprabacillen in den Organismus auftreten können. Ueber diese Invasionspforte wissen wir solange so wenig, dass die betreffende Frage noch als eine offene zu betrachten ist. 2) Die Initialerscheinungen (auf der äusseren Haut in Form von Flecken, Knoten und Blasen) sind grösstentheils Symptome der schon eingetretenen allgemeinen Infection des Organismus. 3) Die Initialerscheinungen der Lepra sind grösstentheils rothe, theils symmetrisch, theils asymmetrisch sitzende Flecke (richtiger Erythema leprosum), die bei der tuberösen Form vorzugsweise am Gesicht, bei der maculösen an den Extremitäten auftreten. 4) Je kürzer die vom Beginn der Krankheit verflossene Zeit, desto häufiger geben die Leprösen an, dass die Krankheit mit rothen Flecken begonnen hat und dass erst nach einiger Zeit sich Knötchen entwickelt haben. 5) In einer verhältnissmässig geringen Zahl der Fälle (21 pCt.) waren die ersten Erscheinungen Knötchen, ohne vorausgegangene Flecke. 6) Der Sitz der Initialerscheinungen der Lepra ist je nach der Form derselben verschieden. Bei der tuberösen traten die Flecke in 68,8 pCt. der Fälle zuerst am Gesicht auf, bei der maculösen dagegen in 76 pCt. zuerst an den Extremitäten und nur in 8 pCt. am Gesicht. Die Ursachen dieses bemerkenswerthen Unterschiedes sind solange noch unbekannt und müssen erst durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. 7) In der älteren sowohl, wie in der neuen Literatur über die Lepra finden sich zahlreiche Angaben über das frühzeitige Erkranken der Schleimhäute, besonders der Nase und des Kehlkopfes. 8) Aus dem vorliegenden statistischem Materiale ist es ersichtlich, dass der Sitz der Initialerscheinungen (und wahrscheinlich, auch die Invasionspforte der Leprabacillen) die Schleimhäute sein können (besonders die Nasenschleimhaut), welche in diesen Fällen vor der Haut erkranken. 9) In jedem Leprafalle, besonders aber wenn die Krankheit erst vor kurzer Zeit begonnen hat, ist deshalb die Nasen-, Mund- und Kehlkopfschleimhaut genau zu untersuchen und die Patienten in dieser Richtung zu befragen. 10) Bei Behandlung der Leprösen müssen die Schleimhautulcerationen besonders beachtet werden.

S. Koljago: «Zur Aetiologie des Kropfes im Militär». (Nr. 43).

100 gleichzeitig aufgetretene Kropffälle in einem Regiment. Als Ursache derselben erwiesen sich zu enge Hemd- und Uniformkragen.

A. Sacher.

Дозв. ценз. Спб. 13 Декабря 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.